



organizadores

RICARDO WAINER

KELLY PAIM

RENATA ERDOS

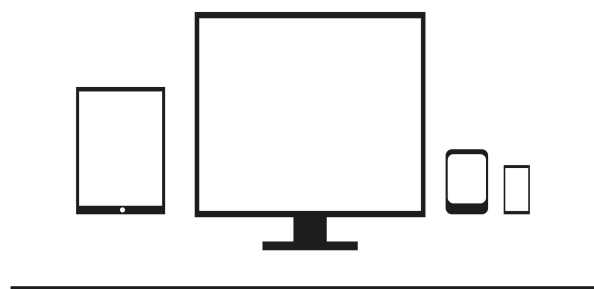
ROSSANA ANDRIOLA

TERAPIA COGNITIVA FOCADA EM ESQUEMAS

INTEGRAÇÃO EM
PSICOTERAPIA







AVISO

Todo esforço foi feito para garantir a qualidade editorial desta obra, agora em versão digital.

Destacamos, contudo, que diferenças na apresentação do conteúdo podem ocorrer em função das características técnicas específicas de cada dispositivo de leitura.

TERAPIA COGNITIVA FOCADA EM ESQUEMAS

INTEGRAÇÃO EM
PSICOTERAPIA

RICARDO WAINER

KELLY PAIM

RENATA ERDOS

ROSSANA ANDRIOLA

(ORGS.)

Versão impressa
desta edição: 2016



2016

© Artmed Editora Ltda., 2016

Gerente editorial

Letícia Bispo de Lima

Colaboraram nesta edição:

Coordenadora editorial

Cláudia Bittencourt

Assistente editorial

Paola Araújo de Oliveira

Capa

Paola Manica

Preparação do original

Antonio Augusto da Roza

Leitura final

Camila Wisnieski Heck

Projeto e editoração

Bookabout – Roberto Carlos Moreira Vieira

Produção digital

Loope | www.loope.com.br

T315 Terapia cognitiva focada em esquemas : integração em Psicoterapia
[recurso eletrônico] / Organizadores, Ricardo Wainer ... [et al.]. – Porto
Alegre : Artmed, 2016.
e-PUB.

Editado como livro impresso de 2016.

ISBN 978-85-8271-258-0

1. Psicoterapia. 2. Terapia cognitiva – Esquemas. I. Wainer, Ricardo.

CDU 615.851

Catálogo na publicação: Poliana Sanchez de Araujo – CRB 10/2094



Reservados todos os direitos de publicação à
ARTMED EDITORA LTDA., uma empresa do GRUPO A EDUCAÇÃO
S.A.

Av. Jerônimo de Ornelas, 670 – Santana
90040-340 – Porto Alegre, RS
Fone: (51) 3027-7000 – Fax: (51) 3027-7070

SÃO PAULO

Av. Embaixador Macedo Soares, 10.735 – Pavilhão 5
Cond. Espace Center – Vila Anastácio
05095-035 – São Paulo, SP
Fone: (11) 3665-1100 – Fax: (11) 3667-1333
SAC 0800 703-3444 – www.grupoa.com.br

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte,
sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico,
gravação, fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa
da Editora.



AUTORES

Ricardo Wainer (Org.)

Psicólogo. Especialista com treinamento avançado em Terapia do Esquema no New Jersey/New York Schema Institute. Terapeuta e supervisor credenciado pela International Society of Schema Therapy (ISST). Mestre em Psicologia Social e da Personalidade pela Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul (PUCRS). Doutor em Psicologia pela PUCRS. Professor titular da Faculdade de Psicologia da PUCRS. Diretor da Wainer Psicologia Cognitiva.

Kelly Paim (Org.)

Psicóloga. Especialista em Psicoterapia Cognitivo-comportamental pela Wainer Psicologia Cognitiva. Especialista em Psicoterapia de Casal e Família pela Unisinos. Formação em Terapia do Esquema pela Wainer Psicologia Cognitiva – NYC Institute for Schema Therapy. Mestre em Psicologia Clínica pela Unisinos. Professora do Curso de Formação em Terapia do Esquema da Wainer Psicologia Cognitiva.

Renata Erdos (Org.)

Psicóloga. Especialista em Terapia Cognitivo-comportamental pela Wainer - Psicologia Cognitiva. Especialista no Tratamento de Dependência Química pelo CDQuim. Formação em Terapia do Esquema pela Wainer Psicologia Cognitiva – NYC Institute for Schema Therapy.

Rossana Andriola (Org.)

Psicóloga. Especialista em Psicoterapia Cognitivo-comportamental pela Wainer Psicologia Cognitiva. Formação em Terapia do Esquema pela Wainer Psicologia Cognitiva – NYC Institute for Schema Therapy. Professora da Wainer Psicologia Cognitiva.

Alexandra Bender Nabinger

Psiquiatra. Especialista em Terapia Cognitivo-comportamental. Formação em Terapia do Esquema pela Wainer Psicologia Cognitiva – NYC Institute for

Schema Therapy. Professora do Curso de Aperfeiçoamento em Terapia Cognitivo-comportamental da Wainer Psicologia Cognitiva.

Carolina Fischmann Halperin

Psicóloga. Especialista em Psicoterapia Cognitivo-comportamental pela Wainer Psicologia Cognitiva. Formação em Terapia do Esquema pela Wainer Psicologia Cognitiva – NYC Institute for Schema Therapy. Treinamento em Psicoterapia Cognitivo-comportamental Nível I no Beck Institute.

Daniel Rijo

Psicólogo clínico, psicoterapeuta. Mestre em Psicologia Cognitivo-comportamental e Sistêmica pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Doutor em Psicologia pela Universidade de Coimbra. Professor da Universidade de Coimbra e Investigador do Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-comportamental (CINEICC). Membro fundador e supervisor acreditado da International Society for Schema Therapy.

Gilnéia Wainer

Psicóloga. Especialista em Psicoterapia Cognitivo-comportamental pela Wainer Psicologia Cognitiva. Formação em Terapia do Esquema pela Wainer Psicologia Cognitiva – NYC Institute for Schema Therapy. Psicóloga clínica e consultora em recursos humanos na Wainer Psicologia Cognitiva.

Júlio César Rodrigues Carneiro

Psicólogo. Especialista em Psicoterapia Cognitivo-comportamental. Mestre em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA/SJ).

Lissia Ana Basso

Psicóloga. Especialista em Terapia Cognitivo-comportamental pela Wainer Psicologia Cognitiva – Centro de Psicoterapia Cognitivo-comportamental. Formação em Terapia do Esquema pela Wainer Psicologia Cognitiva – NYC Institute for Schema Therapy. Mestre em Psicologia – Cognição Humana pela PUCRS. Pesquisadora do Grupo Wainer de Intervenção e Pesquisa (GWIP). Psicóloga clínica na Wainer Psicologia Cognitiva.

Maria Eugênia Korndörfer Copetti

Psicóloga. Realizou estágio de formação acadêmica na Wainer Psicologia. Aluna do Curso de Formação em Terapia do Esquema da Wainer Psicologia Cognitiva – NYC Institute for Schema Therapy.

Marta Capinha

Psicóloga. Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Psicóloga Clínica no Centro de Terapia Familiar e Intervenção Sistêmica em Ponta Delgada.

Martha Rosa

Psicóloga. Pesquisadora na área de infância e adolescência. Realizou estágio de formação acadêmica na Wainer Psicologia. Aluna do Curso de Formação em Terapia do Esquema da Wainer Psicologia Cognitiva – NYC Institute for Schema Therapy.

Milene Corrêa Petry

Psicóloga. Especialista em Terapia Cognitivo-comportamental pela Wainer Psicologia Cognitiva. Formação em Terapia do Esquema pela Wainer Psicologia Cognitiva – NYC Institute for Schema Therapy. Professora na Graduação em Psicologia no IBGEN.

Nélio Brazão

Psicólogo. Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde – Intervenções Cognitivo-comportamentais nas Perturbações Psicológicas e da Saúde – pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Doutorando em Psicologia Forense na Universidade de Coimbra. Bolsista de Investigação da Fundação para a Ciência e Tecnologia. Investigador do CINEICC.



PREFÁCIO

O trabalho especialmente desafiador de ajudar aqueles que, no início de suas vidas, enfrentaram experiências repletas de perdas, negligência, abuso, solidão, vazio, privação... e os consequentes sentimentos de impotência, deficiência, vergonha, falta de valor, necessidade de se subjugar ou subjugar aos outros, ser perfeito, controlar ou ceder, requer uma abordagem de tratamento que procure avaliar minuciosamente a história que existe por trás dos padrões de vida e dos modos de enfrentamento autoderrotista que se apresentam na sala de tratamento, trabalho esse que, ao mesmo tempo, também é concebido para curar efetivamente e reorganizar crenças tendenciosas e emoções – informado pelas necessidades primárias não satisfeitas e pela constituição do temperamento que permanecem alojadas no sistema mnemônico –, substituindo-as por experiências emocionais corretivas e adaptativas. Essa abordagem de tratamento integrativa complexa e sofisticadamente elaborada, fundamentada na teoria e no modelo de tratamento da terapia focada em esquemas, de Jeffrey Young, examina minuciosamente construtos de experiências precoces – em que as necessidades emocionais não satisfeitas, juntamente com a constituição biológica, interagem no desenvolvimento da personalidade – e avalia como esses temas vitais emocionais e “verdades” rígidas, isto é, esquemas precoces maladaptativos, estão arraigados na memória e são ativados diante de condições familiares ao longo de todo o ciclo vital.

O terapeuta focado em esquemas assume o papel de um agente de reparentalização (naturalmente limitado pelas fronteiras da relação terapêutica), cujo trabalho é mergulhar nas profundezas do mundo emocional do lado vulnerável do paciente a fim de satisfazer necessidades não satisfeitas – por meio de estratégias focadas emocionalmente, como imaginário, consciência e confrontação das relações dinâmicas e estratégias cognitivo-comportamentais. Com empatia, confrontação e estabelecimento de limites (assegurados para satisfazer as necessidades individuais do paciente), a relação terapêutica serve como modelo para superar o desapego, confrontar mensageiros internos prejudiciais e dar atenção à vulnerabilidade e ao

sofrimento emocional e fortalecer o lado adulto saudável do paciente para que ele abandone padrões autoderrotistas em favor de escolhas mais sadias e adaptativas em sua vida atual – conforme você verá neste livro vivamente ilustrado.

Congratulamo-nos com nosso querido amigo e colega, Dr. Ricardo Wainer, por ter escrito este importante livro que certamente irá figurar entre os principais recursos na área da terapia focada em esquemas para psicoterapeutas no Brasil e em todo o mundo. Ricardo Wainer é um praticante e educador no campo da terapia focada em esquemas extremamente experiente, brilhante e talentoso, que contribui com um novo e valioso livro para se somar à literatura mais referenciada sobre o tema. O Dr. Wainer dedicou muitos anos à sua *expertise* clínica – compartilhando seu extraordinário trabalho relacionado a agressão e adolescentes.

Neste livro fundamental, que se aprofunda na teoria e na aplicação da abordagem da terapia focada em esquemas (um modelo de tratamento baseado em evidências), os autores oferecem ao leitor um guia minucioso para a conceitualização e o manejo de uma variedade de populações que são um desafio ao tratamento e demonstram como o uso desse modelo – com suas ricas ferramentas de avaliação e estratégias de tratamento eficazes – pode conduzir à necessária transformação de padrões destrutivos de toda uma vida em padrões adaptativos e sadios.

Também somos gratos ao Dr. Wainer, instrutor certificado avançado em terapia focada em esquemas, pela concretização deste livro extraordinário, e o recomendamos com convicção à comunidade profissional como um guia útil e inspirador para o tratamento de algumas das populações mais desafiadoras, frágeis, profundamente complexas e emocionalmente difíceis com transtorno da personalidade com as quais nos defrontamos em nossa prática.

Com os melhores votos...

Wendy Behary
ex-Presidente (2010-2014) da
The International Society of Schema Therapy (ISST)
Diretora do The Cognitive Therapy Center of NJ
Codiretora do The NJ-NYC Institute for Schema Therapy

Jeffrey E. Young

*Fundador (Schema Therapy) e Cofundador/Presidente honorária da
The International Society of Schema Therapy (ISST)
Esteemed Educator, prêmio de Educador em Saúde Mental do Ano NEEI
Codiretor do The NJ-NYC Institute for Schema Therapy*



SUMÁRIO

Parte I

FUNDAMENTOS BÁSICOS DA TERAPIA DO ESQUEMA

capítulo 1

O desenvolvimento da personalidade e suas tarefas evolutivas

Ricardo Wainer

capítulo 2

Psicoterapia e neurobiologia dos esquemas

Alexandra Bender Nabinger

capítulo 3

A teoria do apego e as bases familiares da terapia do esquema

Carolina Fischmann Halperin, Júlio César Rodrigues Carneiro

capítulo 4

O modelo teórico: esquemas iniciais desadaptativos, estilos de enfrentamento e modos esquemáticos

Ricardo Wainer, Daniel Rijo

Parte II

INOVAÇÕES TÉCNICAS

capítulo 5

Estratégias terapêuticas: reparentalização limitada e confrontação empática

Rossana Andriola

capítulo 6

Estratégias de avaliação e identificação dos esquemas iniciais desadaptativos

Kelly Paim, Maria Eugênia Korndörfer Copetti

capítulo 7

O trabalho com imagens mentais

Milene Corrêa Petry, Lissia Ana Basso

capítulo 8

O trabalho com os modos esquemáticos

Ricardo Wainer, Gilnéia Wainer

Parte III

FOCOS DE INTERVENÇÃO

capítulo 9

O papel preventivo da terapia do esquema na infância

Kelly Paim, Martha Rosa

capítulo 10

A terapia do esquema para indivíduos antissociais

Daniel Rijo, Nélío Brazão, Marta Capinha

capítulo 11

A terapia do esquema para casais

Kelly Paim

capítulo 12

A terapia do esquema em grupo

Renata Erdos

Conheça também

Grupo A



Parte I

FUNDAMENTOS BÁSICOS DA TERAPIA DO ESQUEMA



capítulo 1

O DESENVOLVIMENTO DA PERSONALIDADE E SUAS TAREFAS EVOLUTIVAS

Ricardo Wainer

A terapia do esquema (TE), além de ser uma forma avançada das terapias cognitivo-comportamentais, também representa uma contribuição relevante ao campo da personalidade e do desenvolvimento humano.

Em suas teorizações sobre o desenvolvimento dos transtornos da personalidade, Young (1990) acabou por explicitar uma série de aspectos cruciais para o entendimento da personalidade normal e/ou patológica, como, por exemplo, a relação entre genética e aprendizagem, os aspectos cronológicos relativos à evolução da identidade pessoal, bem como o efeito das experiências continuadas com cuidadores e figuras de afeto na infância. Vários desses aspectos ou não eram abordados pelas demais terapias cognitivas, ou o eram de forma muito incipiente.

Pode-se dizer que a teoria subjacente à TE integrou de maneira coesa e dinâmica todas as postulações anteriores de terapeutas cognitivos acerca do tema, gerando uma abordagem completa e integrada do desenvolvimento dos padrões comportamentais, emocionais, cognitivos e motivacionais dos indivíduos.

Desde seus primórdios, a TE buscou colaborar, tanto em teoria como em relação à prática clínica, com os princípios gerais da terapia cognitiva (TC) dos transtornos da personalidade iniciada com Beck e Freeman (1990). Ao tentar superar obstáculos frequentes com pacientes caracteriológicos, Young indicou pressupostos falhos propostos pela TC tradicional, fornecendo novos conceitos e posturas terapêuticas para uma maior eficiência com essa população de indivíduos.

Entre os principais conceitos introduzidos, listam-se o de esquemas iniciais desadaptativos (EIDs), o de domínios esquemáticos (DEs), o de

processos esquemáticos (PEs) e o de estilos de enfrentamento.

A partir da integração desses novos conceitos e das concepções centrais advindas da TC tradicional de Aaron Beck (Beck, Rush, Shark, & Emery, 1979), Young construiu um sistema conceitual e de desenvolvimento da personalidade complementar às teorizações cognitivas da época, gerando uma abordagem psicoterápica inovadora e eficaz para diversos casos de transtornos da personalidade, bem como de situações graves e refratárias.

O DESENVOLVIMENTO DA PERSONALIDADE NORMAL E DA PATOLÓGICA

A TE expõe todo um sistema explicativo da personalidade – muito embora se possa perceber que os trabalhos de Young não tivessem como premissa esse objetivo de uma teoria geral da personalidade dentro do cognitivismo, e sim o de gerar um novo conjunto de técnicas e conceitos para lidar com esses pacientes graves. Mesmo que de forma indireta, a TE atingiu uma formulação nunca antes obtida dos fatores envolvidos na gênese da personalidade, bem como dos processos mentais mantenedores de sua homeostase.

Para dar conta das limitações, tanto conceituais quanto técnicas, das TCs tradicionais com os casos de problemas da personalidade, Young (1990) definiu diversos pontos cruciais e que estavam sendo menosprezados para o tratamento eficaz desses pacientes.

As principais críticas da TE para com o modelo anterior concentram-se em não se ater mais intensamente às experiências infantis e adolescentes dos pacientes, assim como em não considerar o efeito indispensável de ativações emocionais por meio da relação terapêutica para que os EIDs viessem à tona. São justamente estes que, quando ressignificados no trabalho clínico, permitem a modificação dos estilos de enfrentamento disfuncionais e, portanto, levam à mudança terapêutica efetiva.

A TE incorpora todos os aspectos teóricos já postulados pela TC tradicional no manejo de pacientes caracteriológicos. Entretanto, acrescenta uma série de contribuições importantes, tanto em termos de estruturação da personalidade quanto em termos dos processos inconscientes de perpetuação dessa estrutura da identidade do indivíduo.

A estruturação da personalidade é vista como um processo natural e que tem suas fundações nas bases genéticas herdadas, as quais definem o

temperamento e, assim, as tendências comportamentais, afetivas, cognitivas e motivacionais que sofreram os efeitos do ambiente por meio das aprendizagens constantes no transcorrer do ciclo vital. Já a importância do papel do temperamento é mais explicitada na TE, visto que este era considerado apenas mais uma influência pelas demais teorias cognitivas, não sendo, portanto, definida a extensão de seus efeitos.

O temperamento é visto como a base que determinará as tendências de funcionamento do indivíduo e, assim, tem vital efeito sobre o resultado final na identidade pessoal. Sendo o temperamento um determinante biológico da personalidade, é previsto que ele não poderá ser totalmente modificado pelas influências ambientais posteriores ao nascimento. Portanto, as tendências geneticamente herdadas poderão ser amplificadas, reduzidas, encobertas ou expressas em sua natureza, mas nunca eliminadas ou aumentadas exacerbadamente em sua totalidade (Lockwood & Perris, 2012).

Outro ponto inovador em relação ao papel do temperamento é a ideia de que ele determina a quantidade ideal requerida das necessidades emocionais básicas do sujeito em cada um dos momentos críticos do desenvolvimento (os chamados DEs). Portanto, dependendo de seu temperamento, uma pessoa pode, por exemplo, requerer mais demonstrações de afeto de seus cuidadores no início da vida que seu irmão, o qual, de forma inversa, pode necessitar de maior quantidade de limites afetivos em uma fase mais posterior. Vê-se, assim, que a TE consegue explicar a complexa e multifatorial “equação” do desenvolvimento da personalidade humana, ao mesmo tempo que demonstra a complexidade requerida dos cuidadores na disponibilização das necessidades básicas das crianças ao longo da infância e da adolescência.

Além disso, sobre essa base do temperamento e da demanda de necessidades básicas a serem supridas pelos cuidadores prioritariamente durante a infância, as experiências infantis continuadas aparecem como fator crucial na definição da personalidade. Estas se dão pela interação contínua e sistemática com pais, irmãos, parentes, amigos, professores e outros elementos de relacionamento interpessoal constante.

A Figura 1.1 exemplifica essa dinâmica entre a base filogenética herdada e as heranças ontogenéticas (aprendizagens) no desenvolvimento dos esquemas iniciais.

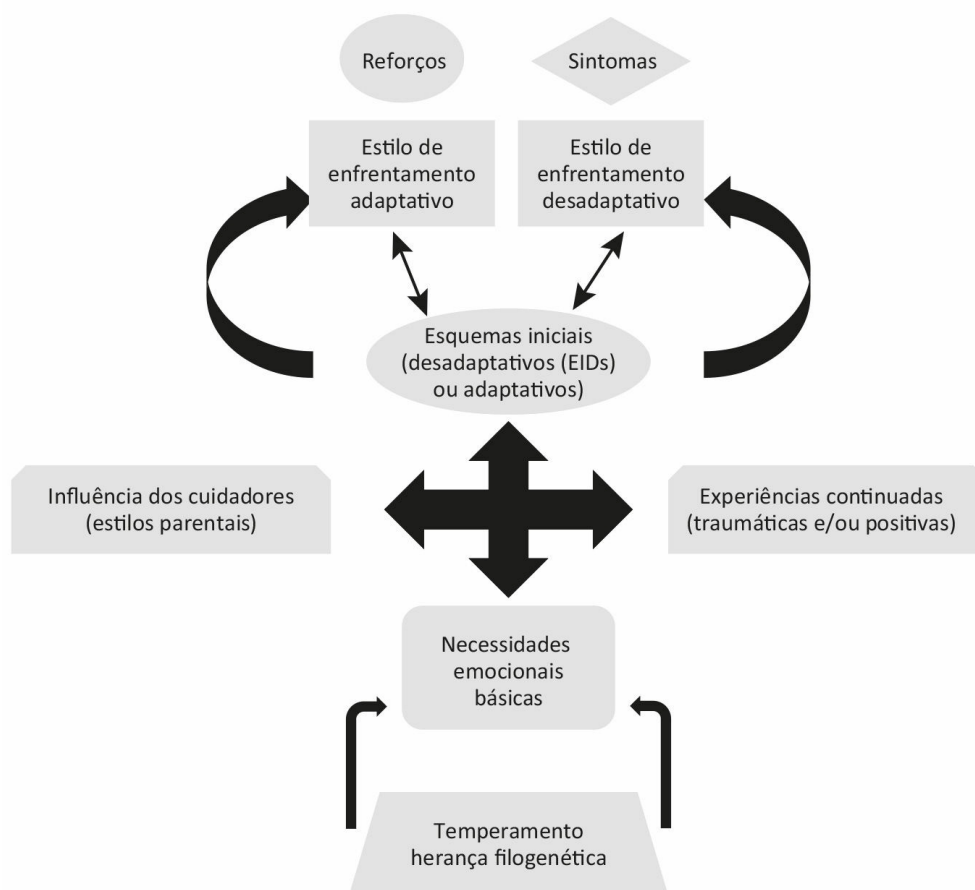


FIGURA 1.1 Elementos constituintes dos esquemas iniciais.

OS DOMÍNIOS ESQUEMÁTICOS E AS TAREFAS EVOLUTIVAS

Durante o desenvolvimento da personalidade, as diferentes influências ambientais terão repercussões ímpares conforme o momento cronológico da vida. Essa é uma constatação básica dos estudos da psicologia do desenvolvimento e da psicopatologia. Embora nunca tenha sido negada a importância da infância e, de modo mais específico, da tenra infância sobre o desenvolvimento psíquico saudável ou patológico, a clínica cognitivista não havia desenvolvido extensamente esse aspecto até os trabalhos da TE.

Tendo postulado um nível mais profundo e influente de esquemas mentais sobre a dinâmica do comportamento humano – os EIDs –, Young demonstrou que estes surgem em momentos críticos e específicos ao longo da infância e adolescência (Young, 1999). A tais períodos foi dado o nome de *domínios esquemáticos* (DEs).

Os DEs são intervalos temporais que vão do início da infância ao começo da adolescência nos quais se espera que algumas demandas psicológicas sejam supridas pelos cuidadores e pelo ambiente, para que a criança desenvolva esquemas mentais básicos (esquemas iniciais) saudáveis. Estes, por sua vez, constituirão as bases para o desenvolvimento dos esquemas mentais dos diferentes papéis sociais e pessoais que o ser humano utiliza na sua vida diária.

São cinco os DEs, que se referem a cinco tarefas evolutivas específicas, nas quais EIDs específicos poderão vir a se desenvolver, como resumido na Tabela 1.1.

TABELA 1.1

Domínios esquemáticos, tarefas evolutivas e esquemas iniciais desadaptativos de cada domínio

Domínio esquemático	Tarefa evolutiva	EIDs associados
1º Domínio	Aceitação e pertencimento	Abandono, privação emocional, defeito/vergonha, abuso/desconfiança, isolamento social/alienação e indesejabilidade social
2º Domínio	Senso de autonomia e competência adequado	Fracasso, vulnerabilidade, dependência/incompetência e emaranhamento
3º Domínio	Limites realistas	Autocontrole e autodisciplina insuficientes e grandiosidade/merecimento
4º Domínio	Respeito aos seus desejos e aspirações	Subjugação, autossacrifício e busca de aprovação/reconhecimento
5º Domínio	Expressão emocional legítima	Inibição emocional, padrões inflexíveis/hipercriticidade, negativismo/pessimismo e caráter punitivo

As experiências infantis têm um papel fundamental na gênese da personalidade normal ou patológica, já que possibilitarão ou não o preenchimento das necessidades emocionais básicas da criança. Caso tais relacionamentos afetivos não supram minimamente essas necessidades básicas, ocorrerá a geração dos EIDs respectivos ao DE em questão e ao tipo de crenças disfuncionais criadas pela criança para justificar a hostilidade ou carência do meio ambiente em que está inserida.

O PAPEL DA FAMÍLIA E DOS CUIDADORES

A preponderante influência dos pais e da família em geral sobre a evolução psicológica saudável ou patológica da criança foi bem definida pela TE (Young, Klosko, & Weishaar, 2008). Ao mesmo tempo que reconhece que

cada indivíduo apresenta uma “arquitetura psíquica” única, gerada pela interação entre temperamento, nível de necessidades emocionais básicas e interações ambientais, a repercussão dos cuidados maternos e paternos nos primeiros anos de vida foi enfocada com a importância devida.

Assim, os cuidadores de um indivíduo assumem papel imprescindível sobre sua capacidade de desenvolver altos níveis de resiliência para lidar com as demandas da vida. Pais e cuidadores que forneçam doses boas (ou pelo menos satisfatórias) de apego, carinho, segurança, conforto emocional e capacidade de acalmar as ansiedades e impulsividades da criança representam uma diferença significativa em sua estabilidade emocional, e ela levará essa “base segura” para toda sua vida.

A TE assume um modelo compreensivo, empiricamente embasado, sobre as necessidades emocionais básicas dos seres humanos, o qual demonstra forte correlação com alguns modelos de outros animais (mamíferos) (Konner, 2010) e se utiliza tanto da base da etologia como de observações sistemáticas da prática clínica. Ela demonstra que, durante a infância e adolescência, o ser humano tem seis necessidades centrais organizada em pares: conexão-autonomia, estabilidade-mudança e deseabilidade-autoaceitação (Lockwood & Perris, 2012). Esse modelo mostrou sólidas evidências em critérios como aumento ou diminuição do bem-estar, universalidade e adaptação-evolução da espécie.

A importância da relação entre o suprimento das necessidades emocionais básicas de cada ser humano e o papel dos pais (em especial das mães na tenra infância dos filhos) e da cultura é enfatizada pela TE. Quanto maiores forem os cuidados amorosos dos pais e o enriquecimento do ambiente para a criança, melhores serão as habilidades de conexão e autocuidado do indivíduo ao enfrentar estresses na vida adulta. A Tabela 1.2, a seguir, mostra essas relações entre as necessidades básicas e suas repercussões no desenvolvimento adaptativo e desadaptativo.

TABELA 1.2

Domínios esquemáticos, necessidades emocionais básicas, esquemas iniciais e estratégias de enfrentamento adaptativas

Domínio	Necessidades básicas	Esquema inicial desadaptativo	Esquema inicial adaptativo	Estratégias de enfrentamento adaptativas
1º	Base emocional estável de previsível de apego	Abandono	Apego seguro	Busca e mantém relações estáveis com outros.

1º	Honestidade, verdade, senso de lealdade e ausência de situações de abuso	Abuso/desconfiança	Confiança básica	Acredita em intenções e propósitos alheios e dá o benefício da dúvida em situações ambíguas.
1º	Afeto e amorosidade nas relações Empatia e proteção nas relações	Privação emocional	Completo emocional	É capaz de formar relações de intimidade com pessoas significativas, que incluem espontaneidade, expressão de necessidades e troca amorosa.
1º	Aceitação amorosa incondicional dos cuidadores Encorajamento para compartilhar áreas de conflito pessoal e garantia de confidencialidade Ausência de criticismo e rejeição	Defeito/vergonha	Autoaceitação e amor próprio	Demonstra autoaceitação e é genuína e honesta para com os outros.
1º	Sentimento de aceitação e inclusão nos valores e interesses de sua comunidade (amigos)	Isolamento social/alienação	Pertencimento social	Tem interesse e conexão com grupos sociais e compartilha interesses.
2º	Suporte e orientação no desenvolvimento de habilidades em diversas áreas (lazer, educacional, esportiva, etc.)	Fracasso	Sucesso	É capaz de gerar significado às suas escolhas profissionais, educacionais, etc.
2º	Auxílio por parte dos cuidadores no equilíbrio entre indicadores de doença ou problemas versus habilidades de enfrentamento Evitação de exposição de preocupações excessivas ou superproteção	Vulnerabilidade	Segurança e força pessoal	Tem um senso realístico de segurança e resiliência e enfrenta situações problemáticas de forma proativa e racional.
2º	Desafios, suporte e orientação para o aprendizado de como manejar com o cotidiano	Dependência/incompetência	Competência racional e senso de autonomia	Maneja as demandas diárias de modo decidido e sem utilização exagerada do auxílio dos outros. Mostra-se independente, mas conectada.
2º	Convivência com pessoas significativas que a aceitam de seu modo e respeitam seus limites e direcionamentos	Emaranhamento	Self desenvolvido	Demonstra um sentido e direcionamentos para sua vida, tendo limites bem definidos entre si e os outros.
3º	Orientação e firmeza empática e afetiva no adiamento de gratificações quando de tarefas diárias Limites expressos quando emoções se mostram fora de controle ou inapropriadas para os contextos	Autocontrole e autodisciplina insuficientes	Autocontrole e autodisciplina saudáveis	É capaz de tolerar a frustração, adiando gratificações para a conquista de objetivos mais complexos.
3º	Orientação e imposição de limites afetivos para o aprendizado do efeito	Grandiosidade/merecimento	Consideração empática e	Consegue colocar-se no lugar dos outros, mostrando consideração e respeito por

	das ações dos outros para si e vice-versa		respeito pelos outros	necessidades e sentimentos alheios.
4º	Liberdade para expressar suas necessidades, sentimentos e opiniões, sem sofrer rejeição ou punição	Subjugação	Assertividade	Demonstra assertividade e capacidade de expressão de necessidades, opiniões, sentimentos e desejos nas relações, mesmo quando estes diferem dos demais.
4º	Equilíbrio na avaliação da importância das necessidades de cada pessoa Não utilização da culpa para controlar a expressão de necessidades da criança	Autossacrifício	Autocuidado e autointeresse saudáveis	Encontra um balanço harmônico entre suas necessidades e a dos outros, sendo gentil e útil para com a comunidade.
5º	Cuidadores que sejam espontâneos e honestos com a expressão emocional e que incentivem a criança e expressar e falar sobre sentimentos	Inibição emocional	Espontaneidade e expressão emocional	Expressa e discute livremente sobre vida emocional e sentimentos.
5º	Orientação no desenvolvimento de padrões equilibrados entre metas e outros aspectos relevantes da vida, com perdão por erros ocasionais	Padrões inflexíveis/hipercriticidade	Padrões realísticos	Apresenta flexibilidade para adaptar padrões a suas habilidades e aos contextos vividos.
*5		Caráter punitivo		
*5		Negativismo e pessimismo		
* 4		Busca de aprovação/reconhecimento		
* 1		Indesejabilidade social		

* EIDs definidos mais recentemente e ainda sem estudos confirmatórios de suas relações com carência de necessidades emocionais básicas.
Fonte: Adaptada de Lockwood e Perris (2012).

Se o suprimento, na infância, de afeto, cuidado, responsividade, tranquilidade e empatia dos cuidadores é a matéria-prima essencial para a saúde mental, as famílias também contribuem para os padrões futuros de personalidade do indivíduo ao fornecerem modelos de como lidar, tanto em termos comportamentais como afetivos, com situações estressantes. A Tabela 1.3 correlaciona a tipologia de famílias que tendem a gerar problemas em cada um dos DEs.

TABELA 1.3

Tipos de famílias geradoras de problemas para cada domínio esquemático

Domínio esquemático	
----------------------------	--

desadaptativo	Famílias típicas
1º: Desconexão e rejeição	Geralmente fria, rejeitadora, isoladora, imprevisível e/ou abusadora.
2º: Autonomia e desempenho prejudicados	Costuma ser superprotetora, emaranhada e destruidora da confiança da criança.
3º: Limites prejudicados	Caracterizada pela permissividade e falta de orientação à criança quanto ao que é certo e errado.
4º: Orientação para o outro	A família tem relacionamento com a criança e/ou adolescente baseado na aceitação condicional, de modo que devem suprimir aspectos importantes de si próprios para obter amor, aceitação social ou status.
5º: Supervigilância e inibição	A família geralmente é punitiva, perfeccionista e tende a evitar os “erros” decorrentes de atividades prazerosas. Há uma preocupação de que as coisas darão errado se houver falha na vigilância.

Fonte: Sintetizada de Young, Klosko e Weishaar (2008).

A infância e a adolescência, longe de uma antiga visão romântica em que eram entendidas como períodos felizes e totalmente livres de estressores, podem, na verdade, ser muito conturbadas e recheadas de situações aversivas (Petersen & Wainer, 2011). Tal constatação pode ser facilmente comprovada nas diversas estatísticas mundiais sobre maus-tratos infantis. Vislumbra-se um panorama de enorme vulnerabilidade da população infantil aos mais diferentes tipos de violência, os quais, de modo paradoxal, costumam ser infligidos por aqueles que deveriam garantir sua segurança: pais e cuidadores.

Os principais tipos de estresse precoce aos quais as crianças são expostas são as diversificadas formas de negligências e de violências oriundas, sobretudo, da família e de pessoas da convivência próxima à criança. Em termos de negligências, listam-se aquelas referentes a necessidades básicas (alimentação, higiene, moradia, etc.), proteção, afeto e empatia. Esta última, muitas vezes considerada secundária ou mesmo supérflua, tem demonstrado ser fortemente correlacionada com diversos quadros psicopatológicos severos ao longo da vida (Petersen & Wainer, 2011).

O estresse precoce, seja na forma de negligência, seja na de violência ou déficits nos cuidados e necessidades básicas, gera sequelas psicológicas que aumentam significativamente as chances de crianças ou adolescentes desenvolverem comportamentos psicopatológicos na vida adulta (Martins, Tofoli, Baes, & Juruena, 2011). Tais sequelas consistem no estabelecimento de EIDs do DE em voga à época da vivência aversiva. Assim, se a criança sofrer, por exemplo, negligência afetiva de seus pais nos primeiros dois a três

anos de vida, quando estava passando pelo DE de aceitação e pertencimento, poderá desenvolver EIDs de abandono, privação emocional, defectividade, vergonha, etc. Cada um desses EIDs apresenta associações patológicas características para transtornos mentais da vida adulta (Wainer, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A teoria subjacente à TE trouxe um entendimento global sobre as bases biológicas e as influências diferenciadas tanto das aprendizagens diretas como daquelas obtidas pelos exemplos dos pais e demais cuidadores desde o nascimento até a adolescência. Pode-se afirmar que tais contribuições deram luz a uma teoria unificada da gênese e do desenvolvimento da personalidade normal e patológica, da qual o cognitivismo ainda carecia.

Utilizando modelos teóricos integrativos de diversos campos do saber (etologia, psicologia evolutiva, genética – em especial a epigenética – e psicologia do desenvolvimento), a TE enfatiza a complexidade inerente à construção de uma identidade pessoal funcional aos mais diferentes contextos. Também denota a árdua tarefa de ser pai e mãe, uma vez que a cada um dos cinco momentos críticos do desenvolvimento da criança (DEs) há de se fornecer necessidades emocionais distintas e com graus diferenciados de acordo com a própria natureza de cada filho.

A partir dessas premissas, o terapeuta do esquema assume sua tarefa terapêutica com um embasamento mais robusto para poder aplicar a reparternalização limitada, na tentativa de ofertar, dentro dos limites da relação terapêutica, aquelas necessidades emocionais que não foram satisfatoriamente disponibilizadas na infância e adolescência do paciente.

REFERÊNCIAS

- Beck, A. T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Konner, M. (2010). *The evolution of childhood: Relationships, emotion, mind*. Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press.
- Lockwood, G., & Perris, P. (2012). A new look at core emotional needs. In M. F. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Willey-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, research and practice* (pp. 41-66). Malden: Wiley-Blackwell.

- Martins, C. M. S., Tofoli, S. M. C., Baes, C. V. W., & Juruena, M. (2011). Analysis of the occurrence of early life stress in adult psychiatric patients: A systematic review. *Psychology & Neuroscience*, 4(2), 219-227. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.3922/j.psns.2011.2.007>
- Petersen, C. S., & Wainer, R. (2011). *Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes: Ciência e arte*. Porto Alegre: Artmed.
- Wainer, R. (2014). Intervenções da terapia do esquema no stress precoce. In M. Lipp (Org.), *Stress em crianças e adolescentes* (pp. 313-333). São Paulo: Papirus.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota: Professional Resources Press.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd ed.). Sarasota: Professional Resources Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.



capítulo 2

PSICOTERAPIA E NEUROBIOLOGIA DOS ESQUEMAS

Alexandra Bender Nabinger

Após décadas de dualismo cartesiano, que separava os fenômenos físicos dos emocionais – “corpo *versus* alma” –, a complexa relação entre psicoterapia e neurobiologia ganhou espaço científico. Aquelas concepções filosóficas e psicológicas com posicionamento unilateral e que privilegiavam apenas achados empíricos e subjetivos já não são satisfatórias para explicar a natureza das emoções e os resultados biológicos desses estados.

A neurociência anseia por evidência científica sobre os aspectos orgânicos dos padrões emocionais e comportamentais que estruturam a mente humana. Os progressos recentes em técnicas de neuroimagem funcional impulsionam os estudos sobre os substratos neurais responsáveis pelas emoções (Esperidião-Antônio et al., 2008). De forma recíproca, escolas psicoterapêuticas começam a buscar o entendimento sobre as mudanças em mecanismos cerebrais geradas pelo tratamento, ou seja, investigam o impacto da psicoterapia no sistema nervoso central (Callegaro & Landeira-Fernandez, 2008).

Até o momento, as patologias mais estudadas, diagnosticadas e tratadas, tanto por neurocientistas quanto por psicoterapeutas, são os transtornos do humor, principalmente a depressão maior, e os transtornos de ansiedade. Essas patologias apresentam a maior base de evidências científicas em relação à resposta ao tratamento medicamentoso e psicológico (Thase et al., 1997).

Apesar de ser relativamente nova, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) já é considerada uma linha psicoterapêutica de sucesso, especialmente para os transtornos do humor, de ansiedade e dependência química. Esse tipo de abordagem apresenta avaliação, diagnóstico e plano terapêutico

estruturados em modelos cognitivos, tendo como suporte achados neurobiológicos. Recentemente, estudos de neuroimagem comprovaram a melhora dos sintomas de pacientes em vigência de tratamento cognitivo-comportamental por meio da verificação de alterações em vias neuronais (Dichter et al., 2009).

No entanto, os transtornos da personalidade permanecem como um desafio para a ciência. O avanço no delineamento das bases biológicas é lento, e a farmacoterapia apresenta pobre resposta terapêutica; além disso, os tratamentos psicoterápicos são muito longos e pouco satisfatórios. Dessa forma, cresce o interesse a respeito de formas de abordagens capazes de aliviar efetivamente tais transtornos.

A TCC tradicional mostrou-se limitada para o tratamento de pacientes difíceis e refratários, com transtornos da personalidade ou outros mais severos (Cazassa & Oliveira, 2008). Com base nessa falta de resultados, Jeffrey Young e colaboradores criaram a terapia do esquema (TE), abordagem considerada um avanço no modelo cognitivo de Aaron Beck e que dá maior ênfase “[...] à investigação das origens infantis e adolescentes dos problemas psicológicos, às técnicas emotivas, à relação terapeuta-paciente e aos estilos desadaptativos de enfrentamento” (Young, Klosko, & Weishaar, 2008, p. 21).

Em tempos de medicina baseada em evidências, o sucesso e a aceitação científica de uma linha psicoterápica dependem de embasamento neurobiológico. Portanto, o conhecimento dos neurocircuitos envolvidos no processamento emocional associados ao desenvolvimento dos esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) é fundamental para a construção de intervenções que apresentem sucesso terapêutico, do ponto de vista biológico. Ademais, a perfeita compreensão dos efeitos desadaptativos gerados pela hiper-reatividade emocional na infância depende, também, da identificação de fatores estressores desse período, como o estresse precoce.

Este capítulo tem por objetivo revisar os principais achados em relação à neurobiologia dos esquemas mentais e do estresse precoce. Além disso, também será abordada a relevância biológica no processo psicoterapêutico.

BASES BIOLÓGICAS DAS EMOÇÕES E DOS ESQUEMAS MENTAIS

Segundo Young (2003), os EIDs são estruturas estáveis e duradouras da personalidade do sujeito, que se desenvolvem precocemente e se encontram associadas a diversas psicopatologias. Essas crenças ou cognições se formam na infância ou adolescência e desencadeiam reações emocionais e corporais, relacionadas a elementos biológicos (Behary, 2011). Muitos esquemas surgem na etapa pré-verbal da criança, quando apenas memórias emocionais e sensações corporais são armazenadas. Mais tarde, quando a criança começa a falar, é que surgem as cognições e o desenvolvimento do pensamento (Young et al., 2008).

Apesar de já estar claro que há envolvimento dos sistemas autonômico, endócrino e motor durante a ativação emocional, as evidências sobre neurobiologia dos EIDs ainda são insipientes. Com base no avanço da neurociência, estudos recentes lançam suposições a respeito dos possíveis mecanismos de desenvolvimento e formação desses padrões desadaptativos emocionais e cognitivos.

A pesquisa pioneira sobre natureza e origem das emoções foi realizada pelo neurocientista Joseph LeDoux (1996), publicada em seu livro *The Emotional Brain (O cérebro emocional)*. A partir dos achados de LeDoux, Young e colaboradores (2008) apontaram a existência de um sistema emocional não consciente, propondo hipóteses sobre os mecanismos neurais relacionados à biologia dos EIDs.

De acordo com LeDoux, emoção e cognição são compreendidas como funções mentais distintas, mediadas por sistemas cerebrais interativos. Atualmente, tem-se falado em “sistemas das emoções” para confrontar a antiga ideia de um sistema emocional único. Esses mecanismos parecem ter suas próprias redes cerebrais, que interagem entre si de forma complexa e não hierárquica (Cosenza, 1990).

As emoções fazem parte desse intrincado circuito neuropsicológico que permitiu a sobrevivência e procriação dos nossos ancestrais (Young et al., 2008). As diversas situações ambientais, como, por exemplo, a busca por alimento, o enfrentamento do perigo ou a formação familiar, exigiram que estruturas especializadas desenvolvessem sensações distintas, como medo, prazer, raiva e alegria. Em outras palavras, esses diferentes estados emocionais existem por razões específicas (Ekman, 1994), ou seja, o indivíduo apresenta capacidade de atribuir valências diferentes aos eventos do meio (Albuquerque & Silva, 2009).

Segundo Daniel Siegel (2012), em seu livro *O poder da visão mental*, as emoções são estados sentimentais repletos de significados gerados pela verificação do ambiente. Daniel aponta o questionamento “isto é bom ou ruim?” como o principal foco de avaliação do sistema emocional, que faz o indivíduo se aproximar do “bom” e se afastar do “ruim”, desenvolvendo, assim, mecanismos adaptativos que ajudam o organismo a lidar com distintas situações ambientais.

Com base em estudos a respeito de memórias traumáticas da infância, Young aprofunda a revisão dos achados de LeDoux sobre a rede cerebral associada ao condicionamento do medo e trauma. Para ele, esse é o principal foco para a TE. Existem dois sistemas relacionados ao processamento da informação de aprendizagem e medo, os quais operam em paralelo: o sistema consciente, mediado por hipocampo e áreas corticais, e o sistema inconsciente, mediado pela amígdala (Young et al., 2008). Esses dois sistemas estocam diferentes tipos de informações relacionados às experiências humanas. Quando o indivíduo entra em contato com estímulos presentes no trauma original, cada sistema é capaz de recuperar suas memórias, cognitiva e emocional, por meio de lembranças e mudanças corporais associadas ao evento. Para o grupo de Young, a diferença nos locais de armazenamento das memórias consciente e inconsciente explica por que os EIDs não são modificáveis por métodos cognitivos simples.

A amígdala faz parte do sistema límbico e é responsável, principalmente, pela formação e pelo armazenamento da memória emocional (Mega, Cummings, Salloway, & Malloy, 1997; Siegel, 1999). Esse complexo amigdalóide, ou sistema amigdaliano (aglomerado de núcleos subcorticais situados no lobo temporal) (Broglia et al., 2005), atua na interação entre os diversos processos mentais, como mediação das emoções, avaliação do resultado e processamento da experiência social (Siegel, 1999). A amígdala também participa do reconhecimento das expressões faciais de medo e do processamento de estímulos, emitindo respostas apropriadas a situações de ameaça ou perigo (De Gelder, Snyder, Greve, Gerard, & Hadjikhani, 2004; Höistad & Barbas, 2008; Phan, Wager, Taylor, & Liberzon, 2002). Sabe-se que lesões nessa estrutura podem prejudicar a capacidade de reconhecer o medo e de modular as emoções. Em contraste, a estimulação da amígdala pode aumentar o estado de atenção e vigilância, gerando medo e ansiedade (Bear, Connors, & Paradiso, 2002).

Segundo LeDoux (2003), o cérebro emocional apresenta projeções neuronais em todas as outras regiões cerebrais, influenciando cada fase do processamento cognitivo, desde o reconhecimento da sensação de medo até a tomada de decisão. Em contrapartida, nem todos os processos cognitivos apresentam projeções para centros emocionais. Com base nessas descobertas, LeDoux (2003) concluiu que as emoções influenciam a interpretação consciente da percepção ambiental.

No entanto, a amígdala pode enviesar o aparelho perceptual, gerando interpretações erradas referentes a estímulos ambientais. Assim, qualquer situação que se assemelhe à original pode ativar o sistema emocional (Siegel, 1999). Dattilio (2009, p. 310) cita o seguinte exemplo:

[...] um cônjuge que tenha sido criado num ambiente familiar com um pai abusador se torna um alvo de abuso físico ou psicológico pelo parceiro. Ele ou ela pode, naturalmente, tornar-se altamente sensibilizado, fisiologicamente, através da amígdala. Consequentemente, qualquer conflito que ocorra em situações familiares, e que se assemelhe ao abuso anterior experienciado quando criança, seria automaticamente ativado pela amígdala.

Assim, acontece a recuperação das memórias conscientes e inconscientes, com o surgimento das lembranças referentes ao episódio e de disparos fisiológicos induzidos pela amígdala.

A detecção, a geração e a manutenção das emoções ocorrem de forma inconsciente, ou seja, sem a presença de cognições. A resposta emocional de medo é mais rápida do que o surgimento das cognições referentes à ameaça. O sinal de perigo atinge a amígdala antes de atingir o córtex. Quando este reconhece o sinal, a outra já está respondendo à ameaça. Todo esse processamento emocional acontece de forma muito veloz, em milissegundos, sem a participação de sistemas de processamento superior do cérebro (aqueles relacionados a raciocínio, pensamento e consciência) (LeDoux, 2003).

As memórias inconscientes relacionadas ao medo parecem ser permanentes, ficando gravadas na amígdala durante toda a vida. Essas informações ficam latentes a maior parte do tempo, podendo ser ativadas a qualquer momento. As áreas límbicas evocam memórias emocionais, mas não são capazes de inibi-las (Young et al., 2008). Em situações de estresse, medos e outras emoções que parecem estar extintos podem ser recuperados. Por sua vez, as memórias conscientes relacionadas ao trauma ficam estocadas no córtex, no sistema hipocampal.

O sistema límbico apresenta função regulatória neuroendócrina por meio do circuito hipotálamo-hipófise-suprarrenal (HHA), que sofre variações de acordo com estímulos internos e externos, visando à manutenção da homeostase. O hipotálamo participa da regulação hormonal de diversos órgãos, como glândulas tireoide e suprarrenal e órgãos sexuais. A literatura científica descreve dois sistemas de resposta orgânica ao estresse: o neurovegetativo, que libera adrenalina através da medula da glândula suprarrenal, e o neuroendócrino, que se caracteriza pela liberação de glicocorticoides, produzidos pelo córtex da suprarrenal. Quando surge a reação de estresse, a glândula suprarrenal, com o objetivo de manter a homeostase, secreta maior quantidade de cortisol, que coloca o corpo em estado de alerta para enfrentar o perigo. No entanto, se o estresse for prolongado ou permanente, esse hormônio passa a ter efeito tóxico para o organismo (McEwen, 2002). Portanto, a identificação dos fatores de estresse precoce é fundamental para prevenção e tratamento das consequências desse estado orgânico-psicológico.

ESTRESSE PRECOCE

Os primeiros relatos sobre o significado biológico do termo “estresse” foram feitos pelo médico húngaro Hans Selye, em 1936. Segundo Selye (1936), a expressão foi “emprestada” da física (desgaste a que os materiais são expostos) para explicar as reações do organismo ante acontecimentos externos que exigem a transformação do indivíduo. O autor defendia que o estresse produz modificações na estrutura e na composição química do corpo, sendo um elemento comum a todas as doenças. Esse estado emocional se manifesta por meio da “síndrome geral de adaptação”, que compreende:

1. fase de alarme: manifestações agudas na identificação do agente agressor;
2. fase de resistência: quando as manifestações agudas desaparecem, e o organismo combate o agente agressor com sucesso;
3. fase de exaustão: quando há recorrência das manifestações da primeira fase, e o organismo não consegue mais responder ao agressor, podendo colapsar.

Com a evolução científica, esse conceito sofreu algumas modificações. (Henriques, 2009). Estudos mostram que cada agressor tem suas alterações neuroquímicas e neuroendócrinas específicas (Pacak et al., 1998). Considera-se que existe um conjunto de respostas do organismo ao agente estressor. Do mesmo modo, evidências recentes sugerem que os efeitos neurobiológicos do estresse variam em diferentes estágios de maturação cerebral (De Bellis et al., 1999). Além disso, o estresse pode advir de um erro de interpretação da situação ambiental, desencadeando uma resposta hormonal e/ou comportamental inadequada (McEwen, 2002; Tsigos & Chrousos, 2002).

Muitos neurotransmissores participam das respostas centrais ao estresse, como a serotonina, a dopamina e a noradrenalina (Carrasco & Van De Kar, 2003). Pesquisas com primatas que avaliaram alterações neurobiológicas geradas pela separação materna mostraram mudanças na síntese das catecolaminas nas glândulas suprarrenais (Coe, Glass, Wiener, & Levine 1983; Coe, Mendoza, Smotherman, & Levine, 1978) e secreção de serotonina no hipotálamo (Coe, Wiener, Rosenberg, & Levine, 1985).

As primeiras experiências dos indivíduos são cruciais no crescimento e funcionamento do tecido cerebral (Denenberg, 1963). Os desenvolvimentos cognitivo e emocional são sensíveis aos efeitos da experiência ambiental. Estudos de neuroimagem, com uso de ressonância magnética funcional, sugerem que a exposição a um trauma grave na infância pode acarretar mudanças na estrutura cerebral (Bremner, 1999, 2006).

A capacidade de defesa de um organismo diante do estresse está diretamente relacionada com a magnitude e a duração do estressor, além de depender da interação entre fatores genéticos, sociais e ambientais. O estresse frequente ou contínuo no início da vida tem sido associado ao aumento de risco para desenvolvimento de doença psiquiátrica e disfunção comportamental na idade adulta (Teicher, Andersen, Polcari, Anderson, & Navalta, 2002). Recentemente, viu-se que maior gravidade do estresse precoce vivido na infância ou adolescência está relacionada de modo direto a maior severidade dos sintomas psiquiátricos futuros. Portanto, considera-se o estresse precoce um importante fator desencadeante e mantenedor de sintomas psiquiátricos no adulto (Martins, 2012).

As principais causas de estresse precoce, segundo Bernstein e colaboradores (1994), são os maus-tratos na infância, que podem ser divididos em:

- abuso físico: agressões físicas com risco de lesões corporais graves e morte, em geral cometidas por indivíduos mais velhos, pais ou responsáveis pela criança;
- abuso emocional: agressões verbais que humilham, envergonham e afetam o bem-estar do infante;
- abuso sexual: qualquer tipo de contato ou comportamento sexual entre um indivíduo mais velho e a criança; estudos recentes mostram que crianças expostas ao abuso sexual grave são as que apresentam maior risco para o desenvolvimento de psicopatologias (Cutajar et al., 2010);
- negligência emocional: omissão com relação às necessidades emocionais do infante; falha no fornecimento de afeto e suporte emocional;
- negligência física: falha no fornecimento de necessidades básicas, como moradia, alimentação, segurança e saúde.

Em resumo, os maus-tratos na infância causam diversas consequências psiquiátricas. Há aumento de risco para comportamentos internalizantes (depressão e ansiedade) e externalizantes (agressão e impulsividade) - (Herrenkohl, Herrenkohl, Rupert, Egolf, & Lutz, 1995; Lansford et al., 2002). Do ponto de vista neurobiológico, o trauma infantil pode gerar significativas alterações fisiológicas e psicológicas no indivíduo (Valente, 2011), dando origem a “cicatrizes biológicas” (Teicher, 2002). Assim, o estresse precoce pode alterar as respostas comportamentais e neuroendócrinas do indivíduo ante situações de perigo, tornando-o vulnerável ao desenvolvimento de sintomas como medo, insônia, alteração de apetite e isolamento social. Consequentemente, há maior risco de desenvolvimento e manutenção dos EIDs.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo das emoções e do mecanismo de funcionamento dos esquemas mentais tem-se tornado cada vez mais relevante. O avanço nos exames de neuroimagem lança um novo desafio à ciência: descobrir o significado emocional e comportamental das alterações anatômicas e funcionais que estão sendo mapeadas.

Retomando LeDoux, o tratamento psicoterápico é mais uma forma de criar potenciação sináptica nos mecanismos cerebrais que controlam a amígdala. Como visto anteriormente, a memória emocional não se apaga, de modo que os EIDs não podem ser curados. Dessa forma, o tratamento tem por objetivo aumentar o controle consciente sobre os esquemas, ou seja, auxiliar o córtex a reduzir a expressão da amígdala (Young et al., 2008).

Em suma, a TE trabalha para encontrar uma forma de reduzir os disparos límbicos, enfraquecendo memórias, emoções, sensações corporais, cognições e comportamentos relacionados aos EIDs. Assim, o processo de psicoterapia busca reestabelecer o equilíbrio emocional, reduzindo as consequências do estresse crônico.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, F. S., & Silva, R. H. (2009). A amígdala e a tênue fronteira entre memória e emoção. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(3), (supl):S1. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082009000400004>
- Bear, M. F., Connors, B. W., & Paradiso, M. A. (2002) *Neurociências: Desvendando o sistema nervoso* (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Behary, W. T. (2011). *Ele se acha o centro do universo: Sobreviva a um narcisista despertando nele o interesse por você, sua vida e seus sentimentos*. Rio de Janeiro: Best Seller.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., ... & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132-1136.
- Bremner, J. D. (1999). Does stress damage the brain? *Biology Psychiatry*, 45(7), 797-805.
- Bremner, J. D. (2006). Traumatic stress: Effects on the brain. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(4), 445-461. Recuperado de: <http://www.dialogues-cns.org/pdf/DialoguesClinNeurosci-8-445.pdf>
- Broglio, C., Gómez, A., Durán, E., Ocaña, F. M., Jiménez-Moya, F., Rodríguez, F., & Salas, C. (2005). Hallmarks of a common forebrain vertebrate plan: Specialized pallial areas for spatial, temporal and emotional memory in actinopterygian fish. *Brain Research Bulletin*, 66(4-6), 277-281.
- Callegaro, M. M., & Landeira-Fernandez, J. (2008). Pesquisas em neurociência e suas implicações na prática psicoterápica. In A.V. Cordioli (Org.), *Psicoterapia: Abordagens atuais* (3. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Carrasco, A. G., & Van De Kar, L. D. (2003). Neuroendocrine pharmacology of stress. *European Journal of Pharmacology*, 463(1-3), 235-272.
- Cazassa, M. J., & Oliveira, M. S. (2008). Terapia focada em esquemas: Conceituação e pesquisas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(5), 187-195. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000500003
- Coe, C. L., Glass, J. C., Wiener, S. G., & Levine, S. (1983). Behavioral, but not physiological, adaptation to repeated separation in mother and infant primates. *Psychoneuroendocrinology*, 8(4), 401-409.

- Coe, C. L., Mendoza, S. P., Smotherman, W. P., & Levine, S. (1978). Mother-infant attachment in the squirrel monkey: Adrenal response to separation. *Behavioral Biology*, 22(2), 256-263.
- Coe, C. L., Wiener, S. G., Rosenberg, L. T. & Levine, S. (1985) Endocrine and immune responses to separation and maternal loss in nonhuman primates. In M. Reite & T. Field (Eds.), *The psychobiology of attachment and separation* (pp. 163-199). Orlando: Academic Press.
- Cosenza, R. M. (1990). *Fundamentos de neuroanatomia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R. P., Thomas S. D., Wells, D. L., & Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse and Neglect*, 34(11), 813-822.
- Dattilio, M. F. (2009). O papel dos processos neurobiológicos na terapia de casal cognitivo comportamental. *Psychologica*, 51, 307-320. Recuperado de: <http://iduc.uc.pt/index.php/psychologica/article/view/1027>
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Clark, D. B., Casey, B. J., Giedd, J. N., Boring, A. M., ... & Ryan N. D. (1999). A. E. Bennett Research Award. Developmental traumatology. Part II: Brain development. *Biological Psychiatry*, 45(10), 1271-1284.
- De Gelder, B., Snyder, J., Greve, D., Gerard, G., & Hadjikhani, N. (2004). Fear fosters fight: A mechanism for fear contagion when perceiving emotion expressed by a whole body. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 101(47), 16701-16706. Recuperado de: <http://www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.0407042101>
- Denenberg, V. H. (1963). Early experience and emotional development. *Scientific American*, 208(6), 138-146.
- Dichter, G. S., Felder, J. N., Petty, C., Bizzell, J., Ernst, M., & Smoski, M. J. (2009). The effects of psychotherapy on neural responses to rewards in major depression. *Biological Psychiatry*, 66(9), 886-897.
- Ekman, P. (1994). All emotions are basic. In P. Ekman, & R. J. Davidson (Eds.). *The nature of emotion: Fundamental questions* (pp. 15-19). New York: Oxford University Press.
- Esperidião-Antônio, V., Majeski-Colombo, M., Toledo-Monteverde, D., Moraes-Martins, G., Fernandes, J. J., Assis, M. B., & Siqueira-Batista, R. (2008). Neurobiologia das Emoções. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(2), 55-65. Recuperado de: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol35/n2/pdf/49.pdf>
- Henriques, T. P. (2009). *Influência das variações de cuidado materno na reatividade ao estresse de ratos no período neonatal* (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10183/22059>
- Herrenkohl, E. C., Herrenkohl, R. C., Rupert, L. J., Egolf, B. P., & Lutz, J. G. (1995). Risk factors for behavioral dysfunction: The relative impact of maltreatment, SES, physical health problems, cognitive ability, and quality of parent-child interaction. *Child Abuse & Neglect*, 19(2), 191-203.
- Höistad, M., & Barbas, H. (2008). Sequence of information processing for emotions through pathways linking temporal and insular cortices with the amygdala. *Neuroimage*, 40(3), 1016-1033.
- Lansford, J. E., Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J. E., Crozier, J., & Kaplow, J. (2002). A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156(8), 824-830. Recuperado de: <http://doi.org/10.1001/archpedi.156.8.824>
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster.

- LeDoux, J. (2003). The emotional brain, fear and amygdala. *Celullar and molecular neurobiology*, 23(4-5), 727-738.
- Martins, C. M. S. (2012). *Análise da ocorrência de estresse precoce em pacientes psiquiátricos adultos* (Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto). Recuperado de: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17148/tde-30052012-130123/pt-br.php>
- McEwen, B. S. (2002). Sex, stress and the hippocampus: Allostasis, allostatic load and the aging process. *Neurobiology of Aging*, 23(5), 921-939.
- Mega, M. S., Cummings, J. L., Salloway, S., & Malloy, P. (1997). The limbic system: anatomic, phylogenetic and clinical perspective. *Journal of Neuropsychiatry Clinical Neuroscience*, 9(3), 315–330. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1176/jnp.9.3.315>
- Pacak, K., Palkovits, M., Yadid, G., Kvetnansky, R., Kopin, I. J., & Goldstein, D. S. (1998). Heterogeneous neurochemical responses to different stressors: A test of Selye's doctrine of nonspecificity. *American Journal of Physiology*, 275(4), R1247-R1255. Recuperado de: <http://ajpregu.physiology.org/content/275/4/R1247>
- Phan, K. L., Wager, T., Taylor, S. F., & Liberzon, I. (2002). Functional neuroanatomy of emotion: A meta-analysis of emotion activation studies in PET and fMRI. *Neuroimage*, 16, 331-348.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. New York: Guilford.
- Siegel, D. J. (2012). *O poder da visão mental: O caminho para o bem-estar*. Rio de Janeiro: Best Seller.
- Teicher, M. H. (2002). Scars that won't heal: The neurobiology of child abuse. *Cientific American*, 386(3), 68-75.
- Teicher, M. H., Andersen S. L., Polcari A., Anderson C. M., & Navalta C. P. (2002) Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatric Clinics of North America*, 25(2), 397-426.
- Thase, M. E., Greenhouse, J. B., Frank, E., Reynolds, C. F, Pilkonis, P. A., Hurley, K., ... Kupfer, D. J. (1997). Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Archives of General Psychiatry*, 54(11), 1009-1015.
- Tsigos, C., & Chrousos, G. P. (2002). Hypothalamic-pituitary-suprarrenal axis, neuroendocrine factors and stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 865-871.
- Valente, N. L. M. (2011). Genética e epigenética do trauma. In P. Fiks, & M. F. Mello. *Transtorno de estresse pós-traumático: Violência, medo e trauma no Brasil* (pp. 65-76). São Paulo: Atheneu.
- Young, J. E. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos da personalidade: Uma abordagem focada em esquemas* (3. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.



capítulo 3

A TEORIA DO APEGO E AS BASES FAMILIARES DA TERAPIA DO ESQUEMA

Carolina Fischmann Halperin
Júlio César Rodrigues Carneiro

A teoria do apego, formulada por John Bowlby, em 1979, é uma das mais estudadas da história da psicologia e atualmente vem dando amostras de um fôlego acadêmico impressionante. Bowlby descreveu uma teoria da vinculação dos seres humanos que apresenta uma capacidade adaptativa às teorias atuais, envolvendo psicoterapias das mais diversas abordagens teóricas (Pontes, Silva, Garotti, & Magalhães, 2007).

O autor compreendeu que bebês precisam estabelecer um relacionamento com seu cuidador para que possam se desenvolver. Esse desejo de proximidade expressado pela criança é chamado de *apego*, e inicialmente exprime as necessidades de segurança e proteção do recém-nascido. Essas duas irão constituir os pilares da saúde mental do infante, pois a forma como os pais desenvolvem esse vínculo inicial está diretamente associada aos padrões de apego que a criança irá desenvolver (Ramires & Schneider, 2010).

O adulto cuidador, por sua vez, também expressa uma reação emocional de reciprocidade com o bebê. Mães apresentam mudanças fisiológicas estimuladas pela própria prole, o que garante a sobrevivência da criança por meio de atividades como a sucção do leite e a proteção em situações de perigo (Miranda-Paiva, Ribeiro-Barbosa, Canteras, & Felício, 2003). Essa interação é tão forte e determinante que o cuidado parental está relacionado não apenas ao desenvolvimento socioemocional da criança, mas também aos seus aspectos cognitivos.

Em 1978, Mary Ainsworth, uma psicóloga canadense que concentrava seus esforços em estudar e comprovar empiricamente a teoria de Bowlby, lançou o artigo que iria formalizar a teoria do apego como a conhecemos

hoje: *Tipos de apego – estudo psicológico da situação estranha* (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). A situação estranha foi uma experiência criada por Ainsworth para avaliar a forma como bebês de 12 a 18 meses se apegavam às mães. Em laboratório, foram observadas as reações de centenas de crianças ao se separar e reencontrar suas genitoras, na presença ou não de uma pessoa estranha. A partir da análise dos dados obtidos, Ainsworth e seus colegas perceberam que as reações dos bebês no momento da separação e do reencontro com as mães podiam ser agrupadas em três grandes categorias, conforme descrito na Tabela 3.1.

TABELA 3.1

Categorias dos padrões de apego

Padrões de apego	Reações da criança
Seguro	Demonstra desejo pelo cuidador, da mesma forma que busca a proximidade e os cuidados do adulto, quando julga necessário. É capaz de explorar o ambiente, pois se sente seguro, desde que o adulto não se afaste por períodos prolongados. Tolerar estranhos, mas só expressa confiança pelo seu cuidador.
Inseguro ansioso/ambivalente	Desestabiliza-se na ausência do cuidador, pois tende a interpretar a separação como uma ameaça iminente, já que o cuidador é visto como instável e imprevisível. Expressa raiva e angústia diante da separação e não se conforta com facilidade. Há ambivalência com relação ao cuidador: reluta em receber o aconchego, embora necessite dele. Parece estar sempre insatisfeito.
Inseguro evitativo	O afastamento do cuidador é ignorado, e não se esforça em manter contato. Não costuma distinguir o cuidador de um estranho.

A partir dos estudos de Main e Solomon (1986), foi acrescentado um quarto tipo de apego à listagem de Ainsworth: o apego desorganizado. Quando ocorrem maus-tratos, a criança recebe uma informação ambígua: a mesma pessoa que a coloca em situações de angústia e sofrimento deveria nutri-la de conforto, carinho e segurança. Como consequência, a criança fica confusa e desconfiada, deixando de confiar nas outras pessoas e em seus próprios instintos.

Os apegos do tipo inseguro são preditores de doenças físicas e transtornos psiquiátricos (Goodwin & Stein, 2004). Tal fato faz sentido quando encontramos no *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV) uma clara compreensão, para fins de diagnóstico, do desenvolvimento socioemocional descrito por Bowlby. O transtorno de apego reativo na infância era parte da categoria dos “transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou na adolescência”, e seus

sintomas principais eram problemas acentuados no vínculo social (American Psychiatric Association [APA], 2002).

Já na nova versão do manual, o DSM-5, o transtorno de apego reativo é mantido, porém com maior especificidade em comparação à versão anterior. Ele é reconhecido em duas condições distintas: transtorno de apego reativo e transtorno de interação social desinibida, que são descritos e classificados dentro dos transtornos relacionados a trauma e a estressores (APA, 2014).

A terapia do esquema, de Jeffrey Young, é uma das teorias recentes que se baseia na teoria do apego. Com ênfase nas relações interpessoais, tem ampliado enormemente o conceito de psicoterapia para transtornos da personalidade a partir de um construto fundamental: o esquema inicial desadaptativo (EID). Os EIDs são padrões emocionais, cognitivos e emocionais relacionados a representações de si e dos outros que se desenvolvem cedo na vida e se repetem ao longo dela, trazendo sofrimento e prejuízo em diversos contextos. Um EID é formado não apenas por sensações e emoções, mas também por memórias, e se desenvolve desde o nascimento até a adolescência.

Young, Klosko e Weishaar (2008) afirmam que os EIDs que tendem a se ativar com mais força, e por isso causam mais prejuízos na vida do indivíduo, são aqueles desenvolvidos a partir das primeiras experiências na família nuclear, com os cuidadores. Para facilitar a compreensão dos 19 EIDs, eles foram agrupados em cinco categorias de necessidades emocionais não atendidas, chamadas de domínios esquemáticos.

O primeiro domínio recebeu o nome de *desconexão e rejeição*, e os EIDs pertencentes a ele são: abandono/instabilidade, desconfiança e abuso, privação emocional, defectividade/vergonha e isolamento social/alienação. Pessoas com esquemas nesse domínio acreditam que suas necessidades básicas de empatia, estabilidade, segurança, cuidado e proteção não serão atendidas.

O segundo domínio é chamado de *autonomia e desempenho prejudicados*, e leva a dificuldades em perceber a capacidade de viver de forma independente. Os EIDs relacionados são: dependência/incompetência, vulnerabilidade ao dano ou à doença, emaranhamento e fracasso.

O domínio dos *limites prejudicados* se caracteriza por dificuldades em compreender e respeitar os direitos das outras pessoas e em se comprometer

com metas e compromissos. Os esquemas pertencentes a esse domínio são: arrogo/grandiosidade e autocontrole/indisciplina insuficientes.

O quarto domínio é chamado de *direcionamento para o outro*, e é caracterizado pela preocupação exagerada com as necessidades alheias, em detrimento das suas próprias. Os EIDs relacionados são: subjugação, autossacrifício e busca de aprovação/busca de reconhecimento.

O quinto domínio é da *supervigilância e inibição*. Aqui, os esquemas levam ao controle de impulsos e sentimentos espontâneos, além de gerar esforço para cumprir regras rígidas e inflexíveis quanto ao desempenho pessoal. Os EIDs desse domínio são: negativismo/pessimismo, inibição emocional, padrões inflexíveis/postura crítica exagerada e postura punitiva.

Ao compreender os tipos de apego como a base social e familiar para o desenvolvimento de EIDs, este capítulo trata da relação entre a terapia do esquema e a teoria do apego.

Dependendo da maneira como a mãe responde aos pedidos e necessidades do filho, este irá desenvolver diferentes formas de relacionar-se com ela e, posteriormente, com o mundo. Uma cuidadora que responde às necessidades da criança de forma afetiva e consistente irá ensinar-lhe que suas necessidades são importantes e que as relações podem ser agradáveis e seguras. Em contrapartida, uma mãe que não responde às necessidades do filho – ou o faz sem afeto e de forma instável – ensina-lhe que estas não são importantes e que não se pode confiar nas pessoas para receber conforto, carinho ou segurança (Ramires & Schneider, 2010). Assim, tanto Bowlby quanto Young consideram o impacto da relação com a família na primeira infância fundamental ao desenvolvimento da personalidade.

A teoria do apego se consagrou como um dos construtos mais sólidos do estudo do desenvolvimento infantil e da personalidade, sendo até hoje aprofundada e desenvolvida por intermédio de pesquisas constantes ao redor do mundo (Oliva Delgado, 2004). Uma das principais contribuições dessa teoria para a terapia do esquema é o conceito de representações cognitivas.

Em 1979, Bowlby propôs que a forma como cada pessoa irá se engajar nas relações interpessoais deriva de suas representações cognitivas de si e do outro, bem como da interação entre tais representações – que surgem a partir das vivências com a figura de apego e do tipo de apego desenvolvido. Essas estruturas cognitivas irão encaminhar a representação que a criança terá de si

mesma, dos outros e do mundo e, portanto, nortearão e darão forma a suas experiências e emoções ao longo da vida (Edwards & Arntz, 2012).

Representações cognitivas saudáveis e adaptativas se desenvolvem quando o meio proporciona boas condições sociais, especialmente no que tange à qualidade da relação afetiva com a mãe (ou os cuidadores primários). O mesmo acontece com os esquemas, que podem se tornar desadaptativos e disfuncionais se a relação com os cuidadores for permeada por negligência, frieza, instabilidade e hostilidade. Assim como nos casos de pessoas que se desenvolvem com apego inseguro, esses esquemas acabarão gerando dificuldades nas relações interpessoais.

Essas representações cognitivas, bem como o modelo de funcionamento interno, se aproximam do conceito de esquema cognitivo, de Aaron Beck, que serviu de base para a elaboração dos construtos da teoria dos esquemas, de Jeffrey Young. Assim como o apego, os esquemas também começam a se formar por meio da relação com a mãe (cuidador) ainda na primeira infância e irão guiar a forma como o sujeito irá se relacionar ao longo da vida (Young et al., 2008).

Da mesma forma que o desenvolvimento do apego é prejudicado pela falta de sensibilidade dos pais às necessidades dos filhos, os EIDs irão se formar à medida que a criança não tiver suas necessidades emocionais básicas atendidas. Assim, um bebê que se desenvolve em um ambiente saudável, amoroso e prazeroso provavelmente aprenderá a se relacionar de forma segura e natural e terá menos ativações esquemáticas.

Entre as décadas de 1980 e 1990, diversos estudos acerca da relação entre apego inseguro e transtornos da personalidade surgiram ao redor do mundo e logo se tornaram centrais na formulação de casos na terapia do esquema (Edwards & Arntz, 2012). Esses trabalhos se centraram, em especial, no transtorno da personalidade *borderline*, cujos principais sintomas são instabilidade nos relacionamentos pessoais, na autoimagem e nos afetos; esforços frenéticos para evitar um abandono real ou imaginado; padrão de relacionamentos instáveis e intensos; impulsividade; instabilidade afetiva; dificuldades no controle e expressão da raiva; e sentimento crônico de vazio (APA, 2014).

Mais uma vez, a teoria do apego e a terapia do esquema se conectam: o esquema de abandono contempla muitas das reações das crianças com apego inseguro, as quais, por sua vez, se assemelham a alguns sintomas do

transtorno da personalidade *borderline*. Portanto, a maior influência de Bowlby no trabalho de Young consiste justamente na formulação desse EID e da técnica desenvolvida para desativá-lo, chamada de reparação parental limitada.

Com base nos estudos que tomavam os meios acadêmicos, e partindo da percepção de que a dificuldade de vínculo e adesão à terapia poderia ser uma consequência do tipo de apego desenvolvido pelo paciente quando bebê, Young teve o entendimento de que a abordagem para essas pessoas não deveria ser meramente técnica. Assim como o apego seguro na infância permite à criança sentir que suas necessidades importam e a deixa segura para se relacionar ao longo da vida, o paciente precisa se sentir seguro na relação com o terapeuta (Young et al., 2008).

A técnica de reparação parental limitada surge como um alento aos esquemas do paciente, ao proporcionar-lhe aquilo que lhe era necessário na infância, mas que, por algum motivo, ele não recebeu. Por meio de atitudes empáticas e compreensivas, o terapeuta poderá reparar parcialmente as necessidades de vínculo, autonomia, espontaneidade e expressão das emoções e das necessidades, sempre respeitando os limites da ética e da relação terapêutica (Roediger & Zarbock, 2014). Ao suprir necessidades que surgem ainda no início da vida – entre elas a de estabelecer um vínculo seguro de apego –, a reparação paterna limitada melhora as representações que o paciente tem de si e dos outros, aprimorando suas relações interpessoais e auxiliando-o a seguir em frente em uma vida plena.

Nos últimos anos, a relação da terapia do esquema com a teoria do apego se estreitou ainda mais, e diversos estudos estão em andamento para comprovar suas interfaces (Danquah & Berry, 2014). Um estudo publicado em 2014 examinou a relação entre tipos de apego e os EIDs. O resultado apontou que pessoas com apego inseguro têm chances relevantemente maiores de desenvolver esquemas do domínio de desconexão e rejeição, quando comparadas a indivíduos com apego seguro (Fitzgerald, 2014).

Outro estudo, que investigou a relação entre transtorno de ansiedade social, tipos de apego e EIDs, constatou que pessoas com ansiedade social tendem a ter maior pontuação nos esquemas do primeiro domínio, além de apego do tipo inseguro (Calvete, Orue, & Hankin, 2015). Ademais, em 2011, foi publicado um grande estudo longitudinal que acompanhou crianças durante 15 anos e cujo objetivo era observar se havia uma relação direta entre

o apego na infância e os EIDs desenvolvidos. As crianças foram divididas aos 6 anos de idade em quatro grupos, conforme seus tipos de apego, e, após 15 anos, os sujeitos responderam ao Questionário de Esquemas de Young. O resultado mostrou que as crianças que tinham apego inseguro tornaram-se jovens com mais EIDs ativados em comparação àqueles com apego seguro, comprovando que necessidades não supridas deste na infância podem levar a um nível maior de ativação esquemática e, conseqüentemente, de sofrimento e prejuízos interpessoais (Simard, Moss, & Pascuzzo, 2011).

Assim, a maioria dos estudos publicados até hoje comprovou a conexão entre as duas teorias, deixando claro que esquemas e apego têm uma relação direta. Até então, sabia-se muito sobre os tipos de apego e suas conseqüências, mas pouco sobre como diminuir o sofrimento e o prejuízo acarretados por eles. Ao compreender a influência do apego ao longo da vida e organizar muitos dos seus sintomas na forma de esquemas, a terapia proposta por Young desponta como uma forma comprovadamente eficaz para diminuir os efeitos do apego inseguro e desorganizado, melhorando a qualidade de vida e das relações dos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação da terapia do esquema foi influenciada por práticas psicoterápicas múltiplas, o que a torna uma abordagem integradora, complexa e eficaz. Entre elementos da terapia cognitivo-comportamental, da gestalt e da psicanálise, a teoria do apego tem papel de destaque na formulação da terapia do esquema, bem como influência direta no tratamento dos pacientes.

Os conceitos de Bowlby são a base para o entendimento da formação e manutenção dos EIDs, bem como para a aplicação de técnicas fundamentais à terapia do esquema, como a reparação paternal limitada. Além disso, Young levou o conceito de apego para além da relação mãe-bebê, trazendo-o para a relação terapêutica como uma nova ferramenta para compreender as reações do paciente ao profissional e à terapia.

REFERÊNCIAS

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR* (4. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. Londres: Tavistock.
- Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. L. (2015). A longitudinal test of the vulnerability-stress model with early maladaptive schemas for depressive and social anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37(1), 85-99.
- Danquah, A. N., & Berry, K. (Eds.). (2014). *Attachment theory in adult mental health: A guide to clinical practice*. Oxfordshire: Routledge.
- Edwards, D., & Arntz, A. (2012). Schema therapy in historical perspective. In M. F. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Willey-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice* (pp. 3-26). Malden: Wiley-Blackwell.
- Fitzgerald, G. (2014). Applying attachment theory to psychotherapy practice. *Psychotherapy in Australia*, 20(3), 12-21.
- Goodwin, R. D., & Stein, M. B. (2004). Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. *Psychological Medicine*, 34(3), 509-520.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton, & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Norwood: Ablex.
- Miranda-Paiva, C. M., Ribeiro-Barbosa, E. R., Canteras, N. S., & Felício, L. F. (2003). A role for the periaqueductal grey in opiodergic inhibition of maternal behaviour. *European Journal of Neuroscience*, 18(3), 667-674.
- Oliva Delgado, O. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81. Recuperado de: <http://psiquiatriainfantil.org/numero4/Apego.pdf>
- Pontes, F. A. R., Silva, S. S. C., Garotti, M., & Magalhães, C. M. C. (2007). Teoria do apego: Elementos para uma concepção sistêmica da vinculação humana. *Aletheia* (26), 67-79. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n26/n26a07.pdf>
- Ramires, V. R. R., & Schneider, M. S. (2010). Revisitando alguns conceitos da teoria do apego: Comportamento versus representação? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 25-33. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000100004>
- Roediger, E., & Zarbock, G. (2014). Schematherapie bei Persönlichkeitsstörungen: Eine Standortbestimmung. *Der Nervenarzt*, 86(1), 60-71.
- Simard, V., Moss, E., & Pascuzzo, K. (2011). Early maladaptive schemas and child and adult attachment: A 15-year longitudinal study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(4), 349-366.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.

LEITURAS SUGERIDAS

- Abreu, C. N. (2005). *Teoria do apego: Fundamentos, pesquisas e implicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Golin, G., & Benetti, S. P. C. (2013). Acolhimento precoce e o vínculo na institucionalização. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29(3), 241-248. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-3772013000300001>

Henriques, T. P. (2014). *Provocação social na díade mãe-filhote: Efeitos na ontogenia do comportamento social na prole*. (Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10183/108935>

Moriceau, S., & Sullivan, R. M. (2005). Neurobiology of infant attachment. *Developmental Psychobiology*, 47(3), 230-242.

Rapoport, A., & Silva, S. B. (2014). Fatores de risco e de proteção ao desenvolvimento infantil. In P. U. Calvetti, & D. Q. Silva (Eds.), *Psicologia, educação e saúde: Temas contemporâneos* (pp. 13-25). Canoas: Ed. Unilasalle. Recuperado de: <http://goo.gl/rCGtj>



capítulo 4

O MODELO TEÓRICO: ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS, ESTILOS DE ENFRENTAMENTO E MODOS ESQUEMÁTICOS

Ricardo Wainer
Daniel Rijo

A terapia do esquema (TE), além de uma abordagem inovadora e eficaz no manejo de pacientes com transtornos da personalidade e outros quadros graves e refratários, expõe um modelo teórico abrangente e integrado para a compreensão da gênese e do desenvolvimento da personalidade humana.

Ao postular novos conceitos teóricos, bem como intervenções clínicas decorrentes destes, a TE complementou aspectos que se mostravam incipientes ou mesmo ausentes para o tratamento das patologias da personalidade.

A aplicação do novo modelo da TE gerou resultados inequívocos, como a maior adesão ao tratamento; o aumento de posturas colaborativas do paciente ao tratamento; o estabelecimento de uma relação terapêutica sólida, empática e afetiva (condição imprescindível para tratar os problemas da personalidade); e uma concepção de psicoeducação que integra, ao mesmo tempo, validação de sentimentos e necessidade de mudança.

Pode-se afirmar que o modelo geral da TE representou uma evolução para o tratamento de pacientes com quadros complexos, bem como uma valiosa base explicativa das necessidades psíquicas básicas para o desenvolvimento dos seres humanos e, conseqüentemente, da enorme complexidade da tarefa de criar filhos saudáveis.

Neste capítulo, é apresentado o modelo teórico da TE em sua totalidade, tanto no que se refere à utilização das concepções da terapia cognitiva tradicional como em relação aos seus aspectos únicos e que permitiram a explicação de sutilezas do processo de perpetuação dos esquemas e da formação de uma relação terapêutica robusta entre a dupla terapêutica.

A TERAPIA DO ESQUEMA: MODELO TEÓRICO

A TE reúne elementos característicos das terapias cognitivo-comportamentais (TCCs), integrando-os com outros advindos da psicanálise, da gestalt, da teoria do apego e do modelo das relações objetais; por isso, é uma modalidade rica e integrativa em psicoterapia (Edwards & Arntz, 2012).

Tendo atingido validade empírica para o tratamento dos mais variados transtornos da personalidade (Arntz, 2012; Ball, 2007; Bamelis, Evers, Spinhoven, & Arntz, 2014; Bernstein et al., 2012), bem como para diversos problemas difíceis e/ou refratários – abuso de substâncias, transtornos alimentares e conflitos de casais (Ball, Cobb-Richardson, Connolly, Bujosa, & O’Neil, 2005; Carter et al., 2013; Cokram, Drummond, & Lee, 2010; Simpson, Morrow, van Vreeswijk, & Reid, 2010) –, a TE tem sido considerada de grande valia no entendimento da relação entre as vivências na tenra infância e o desenvolvimento de disfunções ou psicopatologias na vida adulta (Wainer, 2014).

O impacto dos aspectos teóricos e técnicos da TE, tanto em termos explicativos quanto em aspectos da técnica e da relação terapêutica, levou à incorporação de vários desses aspectos às formulações de praticamente todas as modalidades das TCCs da atualidade (Melo, 2014).

Destacam-se, entre essas concepções teóricas, os esquemas iniciais desadaptativos (EIDs), os domínios esquemáticos (DEs), os processos esquemáticos (PEs) e os modos dos esquemas.

ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS

Os EIDs são conjuntos de crenças nucleares referentes a temas centrais do desenvolvimento emocional. Eles estabelecem padrões comportamentais, cognitivos e emocionais para lidar com tais temas quando estiverem em pauta na vida do indivíduo. Desenvolvem-se desde a tenra infância até a

adolescência e influenciam recorrentemente toda a vida do sujeito, trazendo sofrimento e/ou prejuízo em diversos contextos. A TE afirma que alguns EIDs, em especial aqueles desenvolvidos na infância inicial e decorrentes de experiências negativas, são centrais no aparecimento de transtornos da personalidade e em outras condições mentais (Young, 2003).

Da mesma forma que os esquemas mentais da terapia cognitiva (TC) tradicional, os EIDs também são estruturas que armazenam crenças, suposições, regras e outras memórias. Entretanto, enquanto os esquemas mentais propostos pela TC refletem frequentemente crenças condicionadas (p. ex., se me conhecerem, serei rejeitado), os EIDs têm conteúdos mais primitivos e que formam a base inicial para o desenvolvimento da maioria de nossos outros esquemas mentais. Além disso, os EIDs são vistos como absolutamente verdadeiros e são bastante refratários à avaliação lógica de seu conteúdo. Essas razões fazem sua abordagem na terapia requerer técnicas distintas daquelas tradicionais da TC.

Os EIDs são gerados por uma interação entre três fatores: o temperamento emocional (geneticamente herdado), as experiências sistemáticas com as figuras de afeto da infância e o grau de gratificação das necessidades emocionais básicas de cada período do desenvolvimento, como já explicado em capítulo anterior.

Contudo, eles não decorrem, necessariamente, de traumas ou maus-tratos na infância. Young, Klosko e Weishaar (2008) afirmam que os EIDs que se ativam com mais força, e que são mais cedo desenvolvidos, surgem a partir de experiências inadequadas e continuadas na família nuclear.

São 19 os EIDs identificados pela TE, os quais são agrupados em cinco categorias de necessidades emocionais não satisfeitas em sua totalidade, chamadas de domínios esquemáticos.

DOMÍNIOS ESQUEMÁTICOS

No processo de desenvolvimento de sua personalidade/identidade, o ser humano passa por cinco etapas evolutivas sucessivas, durante as quais se estabelecem as principais crenças e regras do indivíduo sobre tópicos/aspectos cruciais da vida. São os domínios esquemáticos (DEs). As teorizações de Young sempre tiveram um caráter clínico, e, portanto, as concepções já indicam situações em que ocorreram problemas na passagem

pelos DEs. Assim, a nomenclatura aqui utilizada se refere às dificuldades provenientes de cada etapa de desenvolvimento.

O primeiro DE é intitulado *desconexão e rejeição*, e pessoas com EIDs desse domínio comumente acreditam que suas necessidades básicas de cuidado, proteção, empatia, segurança e estabilidade não serão atendidas (Young et al., 2008). Tais EIDs são os seguintes: abandono/instabilidade, desconfiança e abuso, privação emocional, defectividade/vergonha, isolamento social/alienação e indesejabilidade social.

A necessidade básica a ser suprida para a transição saudável durante esse primeiro DE é a de afeto. Assim, um aporte de afeto inferior ao necessário às demandas oriundas do temperamento da criança determinará problemas nesse domínio e, portanto, o estabelecimento de EIDs compatíveis a esse período cronológico. Pode-se, então, dizer que as maiores fontes de problemas nesse DE são as negligências afetivas e/ou traumas que suprimam essa demanda de afetividade por parte dos cuidadores.

O segundo DE é conhecido como *autonomia e desempenho prejudicados*, e pessoas com EIDs nesse domínio têm dificuldades em perceber sua - capacidade de viver de forma independente e funcional. Tais EIDs são: dependência/incompetência, vulnerabilidade (em todos os âmbitos possíveis), emaranhamento, fracasso.

Nessa segunda etapa evolutiva, a necessidade emocional básica a ser suprida pelos cuidadores é dar oportunidades de autonomia e de exploração do ambiente, bem como um “olhar” de confiança e incentivo à criança. Problemas nesse DE podem surgir, portanto, por superproteção ou criticismo excessivo.

O terceiro DE é o dos *limites prejudicados*, caracterizado por dificuldade em respeitar os direitos das outras pessoas e em cumprir metas e compromissos pessoalmente assumidos. Os EIDs pertencentes a esse domínio são: merecimento/grandiosidade, autocontrole e autodisciplina insuficientes. Espera-se que os pais possam proporcionar as diretrizes da vida em sociedade, fornecendo as bases do desenvolvimento moral dos filhos. Cuidadores muito indulgentes, negligentes ou mesmo exageradamente críticos e severos ao colocar limites tendem a gerar filhos com déficits de consideração pelos direitos alheios.

O quarto DE é chamado de *orientação para o outro*, sendo caracterizado pela preocupação exacerbada com as necessidades alheias, em detrimento das

próprias. Os EIDs pertencentes a esse domínio são: subjugação, autossacrifício, busca de aprovação/busca de reconhecimento. Normalmente, a imposição de condições para a troca afetiva (amor condicional) é o principal causador de déficits nesse DE.

Já o quinto DE é o da *supervigilância e inibição*. Déficits nas necessidades básicas desse domínio conduzem à supressão de impulsos e sentimentos espontâneos, pois costumam levar o sujeito ao esforço para cumprir regras rígidas e inflexíveis quanto ao desempenho pessoal. Os EIDs pertencentes a esse domínio são: negativismo/pessimismo, inibição emocional, padrões inflexíveis/postura crítica exagerada, postura punitiva.

Considera-se vital para a adequada passagem por esse DE a existência de ambientes e cuidadores que validem todos os sentimentos e emoções da criança ou adolescente, permitindo que este perceba, entenda e aceite todo o espectro emocional da experiência humana. Assim, tal criança/adolescente poderá desenvolver repertórios comportamentais e cognitivos para gerenciar todas as suas emoções.

Partindo desse pressuposto, é importante frisar que as pessoas desenvolvem maneiras de lidar com seus esquemas, para que não tenham de vivenciar as emoções intensas despertadas por eles toda vez que ativados. Entretanto, essas estratégias de enfrentamento do EID nem sempre são saudáveis e funcionais, de modo que podem acentuar ainda mais o sofrimento. Para Young e colaboradores (2008), o EID isolado irá conter experiências, memórias, cognições, emoções e sensações, porém não contempla os comportamentos de enfrentamento.

PROCESSOS ESQUEMÁTICOS

Os processos esquemáticos (PEs) são ações externas e internas de perpetuação dos EIDs e integram os estilos de enfrentamento do sujeito (*coping styles*) (Wainer & Piccoloto, 2008). Eles foram desenvolvidos ao longo da vida como a melhor forma (naquele momento cronológico) de se adaptar às condições ambientais a que o indivíduo foi exposto.

Como dito, os PEs são os mecanismos típicos que o organismo utiliza ao longo do tempo para perpetuar os EIDs. Tais processos (que compartilham características com os conceitos psicanalíticos de “mecanismos de defesa” e “resistência”) vão sendo desenvolvidos no decorrer da infância no intuito de

promover a adaptação do indivíduo ao seu ambiente, mas acabam se tornando desadaptativos na vida adulta ao consolidar os EIDs e desconsiderar as mudanças dos contextos na adultez. Eles ocorrem de forma automática e são vistos pelo indivíduo como naturais e corretos. O grau de consciência sobre esses processos varia muito, sendo alguns deles identificados racionalmente com mais facilidade do que outros.

São três os PEs: manutenção, evitação e hipercompensação do esquema. Os indivíduos podem utilizar-se de cada um deles em diferentes contextos, embora Young (2003) houvesse indicado que cada pessoa teria uma tendência maior ao uso de um específico, por questões de temperamento.

A manutenção esquemática refere-se a comportamentos e cognições disfuncionais que acabam por reforçar diretamente um esquema. Em termos cognitivos, pode-se observar o mecanismo de manutenção por uma atenção tendenciosa, supervalorização e distorção de informações que são consistentes com o esquema. Por exemplo, uma pessoa que apresente o EID de vulnerabilidade ao dano e à doença pode constantemente checar seu corpo em busca de sinais que venham a indicar algum tipo de doença, de modo que uma dor de cabeça pode ser interpretada como decorrente de um tumor cerebral. Também pode ocorrer a manutenção por seleção disfuncional de parceiros, em que alguém com um EID de desconfiança/abuso tem a tendência a se envolver em relacionamentos amorosos com parceiros abusadores que o maltratam.

A evitação esquemática, por sua vez, é o processo de perpetuação dos EIDs por meio da evitação de informações/situações/pessoas que possam contrariar as crenças do esquema. O objetivo é evitar um contato direto com o esquema, uma vez que isso gera experiências de intensidade emocional elevada, geralmente desconfortáveis.

Há três formas da expressão da evitação: cognitiva (p. ex., pacientes que usam frases do tipo: “O que foi que você perguntou?” ou “Não quero pensar sobre isso”), afetiva (p. ex., bloqueio dos sentimentos) e comportamental (p. ex., isolamento social em indivíduos com o esquema de indesejabilidade social/alienação).

A compensação esquemática, ou hipercompensação, refere-se a uma tentativa de compensar os EIDs, dando origem a comportamentos e cognições diametralmente opostos ao que seria esperado com base no esquema em questão. Embora esse processo possa camuflar um EID

primário, na verdade não deixa o indivíduo preparado para lidar com esse EID quando a compensação falha. Por exemplo, um indivíduo com uma atitude de superioridade em relação aos demais pode parecer ter uma autoestima elevada. No entanto, quando tem de lidar com um fracasso amoroso (ser deixado pela namorada), não é capaz de aceitar a perda e ataca e persegue a namorada, ou se envolve com muitas parceiras para tentar sentir-se novamente desejado.

No trabalho psicoterápico, um dos objetivos é psicoeducar o paciente sobre seus EIDs e processos esquemáticos, a fim de que ocorram mudanças nos estilos de enfrentamento, gerando maior adaptabilidade à vida atual e aos novos relacionamentos.

É importante salientar que essa abordagem mais geral da TE tem demonstrado algumas dificuldades quando se trata de casos muito graves, em que o paciente apresenta diversos EIDs, bem como PEs muito enraizados. Para essas situações, foi desenvolvido o trabalho com os modos dos esquemas, uma forma avançada da TE que, na atualidade, tem sido priorizada por seu caráter mais objetivo e didático e por apresentar resultados positivos no tratamento de perturbações da personalidade severas.

MODOS ESQUEMÁTICOS

Os modos dos esquemas (MEs), ou modos esquemáticos, são padrões característicos de funcionamento do indivíduo (principalmente nas relações interpessoais) que agrupam em si certo número de EIDs e de PEs. Um ME consiste em um estilo global de funcionamento do indivíduo em situações específicas de ativação emocional. É o estado predominante da pessoa em um momento e inclui sentimentos, pensamentos, formas de enfrentamento saudáveis ou não que são vivenciados naquela situação.

A transição de modos saudáveis para desadaptativos ocorre quando necessidades emocionais básicas não atendidas são revividas, ou seja, quando um ou mais EIDs são acionados.

Diz-se, do ponto de vista evolutivo, que os MEs foram funcionais/adaptativos em algum momento do desenvolvimento do indivíduo, como um formato que lhe permitia obter minimamente a satisfação de suas necessidades básicas emocionais por seus cuidadores e/ou amigos. O problema é que esse mesmo padrão acaba sendo ativado sem maiores

adaptações ao mundo adulto e, portanto, com grandes chances de gerar disfuncionalidade.

A princípio, foram postulados 10 MEs, divididos em quatro categorias. Atualmente, esse número é bem maior, em decorrência de novas pesquisas no tratamento de outras classes de transtornos mentais (van Vreeswijk, Broersen, & Nadort, 2012). A Tabela 4.1 apresenta esses 10 principais MEs.

Quanto aos objetivos centrais do trabalho da TE com os MEs, busca-se que o paciente consiga se conectar com seu modo criança vulnerável, compreendendo as origens de suas necessidades básicas não atendidas. Ele deve ter compaixão por essa “criança”, validando sua necessidade emocional. Assim, os MEs criança sempre devem ser validados e compreendidos na sua razão de ser. Mesmo os modos criança mais disfuncionais (p. ex., a criança zangada, típica do transtorno da personalidade *borderline*) devem ser validados, pois isso é o que permitirá que um ME mais saudável (adulto saudável ou criança feliz) possa alcançar formas mais adaptativas de dar respostas às necessidades básicas. Também há de se combater os MEs dos pais desadaptativos internalizados, pois são os responsáveis pelos sintomas mais graves de todas as ordens (tentativas de suicídio, automutilações, etc.).

No que tange aos modos de enfrentamento desadaptativos, o terapeuta tem a missão de conduzir o paciente a compreender a função que cada um deles teve na infância e adolescência, bem como reavaliar se, na atualidade, esses enfrentamentos permanecem gerando desfechos positivos. Todo esse trabalho é realizado sempre a partir de uma postura não crítica e de validação dos sentimentos do paciente.

O detalhamento passo a passo do trabalho com os MEs é descrito no Capítulo 8.

TABELA 4.1

Modos esquemáticos

MODOS CRIANÇA		
Modo	Descrição	EIDs relacionados
Criança vulnerável	Vivencia sentimentos disfóricos ou ansiosos, em especial medo, tristeza e desamparo, quando em contato com esquemas associados.	Abandono, desconfiança/abuso, privação emocional, defectividade, isolamento social, dependência/incompetência, vulnerabilidade, emaranhamento, negatividade-pessimismo
Criança zangada	Libera raiva diretamente em resposta a necessidades fundamentais não	Abandono, desconfiança/abuso, privação emocional, subjugação

	satisfeitas ou tratamento injusto relacionado a esquema nuclear.	
Criança impulsiva/indisciplinada	Age impulsivamente, segundo desejos imediatos de prazer, sem considerar limites nem as necessidades e os sentimentos dos outros.	Arrogo, autocontrole insuficientes
Criança feliz	Sente-se amada, conectada, contente e satisfeita.	Nenhum

MODOS PAIS DESADAPTATIVOS INTERNALIZADOS

Modo	Descrição	EIDs relacionados
Pai/mãe punitivo-crítico	Restringe, critica ou pune a si ou aos outros.	Subjugação, postura punitiva, defectividade, desconfiança/abuso (como abusador)
Pai/mãe exigente	Estabelece expectativas e níveis de responsabilidade altos em relação aos outros e pressiona-se para cumpri-los.	Padrões inflexíveis, autossacrifício

MODOS DE ENFRENTAMENTO DESADAPTATIVOS

Modo	Descrição
Capitulador complacente	Adota enfrentamento baseado em obediência e dependência. Tem o propósito de evitar maus-tratos reais.
Protetor desligado	Adota estilo de retraimento emocional, desconexão, isolamento e evitação comportamental, podendo agir de modo robótico. Utilizado para fuga de estados emocionais negativos.
Hipercompensador	Estilo de enfrentamento caracterizado por contra-ataque e controle; pode hipercompensar por meios indiretos, como trabalho excessivo. Utilizado para fuga de estados emocionais negativos.

MODOS ADULTO

Modo	Descrição
Adulto saudável	Identifica suas necessidades e vulnerabilidades e busca supri-las considerando o contexto social, podendo retardar a gratificação, se necessário.

Fonte: Adaptada de Young e colaboradores (2008).

A ABORDAGEM CLÍNICA DA TERAPIA DO ESQUEMA

A TE é uma modalidade avançada e integrativa de TCC, compactuando com as premissas básicas desta quanto à ênfase terapêutica ao conteúdo e processos mentais disfuncionais (Wainer, 2014). Além disso, tem como objetivo que as necessidades emocionais básicas do paciente possam ser supridas, na maior extensão possível, por meio do relacionamento terapêutico e de técnicas e exercícios experienciais, dentro e fora do *setting* terapêutico.

A TE tem suas mais relevantes confirmações empíricas para casos graves de transtornos da personalidade e problemas de personalidade altamente

disfuncionais (Dickhaut & Arntz, 2014; Farrell, Shaw, & Webber, 2009; Giesen-Bloo et al., 2006; Masley, Gillanders, Simpson, & Taylor, 2012; Renner et al., 2013), bem como para aqueles que se mostram muito refratários às demais práticas estando o processo psicoterápico estagnado. Ela também tem sido utilizada para praticamente todos os demais transtornos mentais, com bons resultados. Além disso, vale salientar que a TE não deve ser utilizada como indicação primeira para a maioria dos quadros de humor, ansiedade e outras condições mais agudas. Para estes, a TC é a escolha de excelência por sua praticidade, economia e resultados.

A estruturação dos passos do tratamento e das sessões de TE tem forte correspondência com a TC tradicional (Young et al., 2008). Já as principais diferenças em comparação às várias modalidades de TC são:

- maior uso da relação terapêutica como veículo de mudança;
- maior tempo destinado às origens infantis dos EIDs e dos estilos de enfrentamento;
- processo terapêutico tende a ser mais lento do que na TC;
- utilização de abordagens confrontativas (confrontação empática), e não somente da descoberta guiada (como é na TC);
- ativações emocionais necessárias para o ganho terapêutico.

Dentro da TE, há duas formas de trabalhar com o paciente. Embora elas não sejam excludentes (e, de fato, busquem uma complementariedade), há uma tendência a se utilizar uma ou outra, dependendo da gravidade do caso.

A forma mais tradicional focaliza-se no trabalho sobre os EIDs específicos do paciente. A outra modalidade, para casos mais complexos e em que o paciente apresenta elevado grau de resistência, é a dos MEs.

ETAPAS DA TERAPIA DO ESQUEMA

A abordagem tradicional da TE é dividida em duas grandes etapas, quais sejam: avaliação e mudança. A avaliação consiste na obtenção de informações e ativação de esquemas relevantes, como também na educação do paciente a respeito de tais EIDs. A fase subsequente refere-se à modificação das estruturas disfuncionais identificadas na primeira etapa.

Na etapa de avaliação, os principais objetivos consistem em:

- identificar esquemas centrais da vida do paciente, bem como educá-lo a
1. respeito;
 2. estabelecer uma relação entre os EIDs, história de vida e dificuldades atuais;
 3. incentivar que o paciente entre em contato com emoções ligadas aos EIDs;
 4. identificar estratégias de enfrentamento disfuncionais.

Para o alcance desses objetivos, quatro estágios interdependentes e não necessariamente sequenciais são propostos. São eles:

- *Identificação dos EIDs*: conforme o próprio nome sugere, nessa etapa a dupla terapêutica engaja-se na identificação de esquemas relacionados com as problemáticas apresentadas pelo paciente no momento. O foco da atenção terapêutica, contudo, não reside unicamente em questões do presente. Já que os esquemas são edificados de modo muito precoce, há um esforço conjunto na obtenção de informações da história de vida que auxiliem a compreender a maneira como os EIDs em questão foram construídos. Os dados colhidos nessa etapa são de extrema importância, pois serão constantemente utilizados nos momentos subsequentes, norteando o trabalho psicoterapêutico. O clínico também deve procurar investigar, após ter identificado os esquemas relevantes, as formas pelas quais o paciente costuma mantê-los, evitá-los e compensá-los. De posse de tais informações, o psicoterapeuta conhece melhor os mecanismos de perpetuação esquemática do paciente em questão, o que lhe oferece preciosos dados para o planejamento do tratamento.

Os principais instrumentos para identificação dos EIDs são os Questionários Young. Os mais utilizados para esse fim são o Questionário de Esquemas de Young (Young & Brown, 2001) e o Questionário de Estilos Parentais de Young (1994).

- *Ativação dos esquemas*: para que o trabalho terapêutico seja bem-sucedido, é necessário que tanto paciente quanto terapeuta tenham acesso a experiências de vida e às emoções relacionadas aos EIDs. Se PEs como a evitação esquemática fizerem-se maciçamente presentes, impedindo que o paciente entre em contato com afetos e conteúdos de

memória ligados aos esquemas, todo o tratamento fica comprometido. Sendo o foco os próprios EIDs, é preciso que eles sejam bem conhecidos para que possam ser alterados, e tal conhecimento só pode ser alcançado com propriedade a partir da ativação esquemática. Embora a ativação seja uma condição crucial para a modificação dos esquemas, ela, em si, não promove modificações. Seu papel é o de agir como um facilitador para a vindoura fase de mudança.

- *Conceitualização dos esquemas*: cada pessoa tem um conjunto idiossincrático de esquemas e uma história de vida singular que os construiu, de modo que essa compreensão de caráter global nunca terá precedentes. Assim, dois indivíduos podem ser identificados como tendo os mesmos EIDs sem que isso signifique que ambos apresentem problemáticas semelhantes ou tendências idênticas de processamento emocional e cognitivo.
- *Educação sobre os EIDs*: a conceitualização realizada pelo terapeuta deve ser compartilhada com o paciente, de modo que este possa engajar-se com maior objetividade e direcionamento no processo de mudança. Quando o indivíduo conhece a natureza da formação de seus esquemas, bem como os processos que os perpetuam, a etapa de mudança pode ser efetivamente iniciada.

A segunda etapa do tratamento com a TE – a fase de mudança – representa o momento no qual modificações esquemáticas serão de fato buscadas. Anteriormente, o foco incidia sobre uma avaliação minuciosa dos esquemas relevantes para a vida do paciente, sem haver preocupações com mudanças significativas. Feita tal avaliação, o esforço terapêutico é direcionado para a modificação dos EIDs.

Uma característica importante dos EIDs é a de que sua ativação costuma vir acompanhada de intenso afeto, o qual não raras vezes é desconfortável para o paciente. As sessões, portanto, por abordarem com veemência tais esquemas, em geral ocorrem em um clima de maior expressão emocional do sujeito. O afeto, por mais que possa trazer sofrimento subjetivo ao paciente, é outro importante veículo de mudança, uma vez que “expõe” os EIDs para que sejam confrontados e modificados.

Nessa etapa do tratamento, os princípios da reparentalização limitada e da confrontação empática serão fundamentais para a melhora do caso.

REPARENTALIZAÇÃO LIMITADA E CONFRONTAÇÃO EMPÁTICA

Entre as principais contribuições da TE, há de se pontuar a reparentalização limitada e a confrontação empática.

Esses recursos técnicos são veiculados por meio da sólida relação terapêutica a ser desenvolvida com o paciente e constituem os principais veículos para que se obtenham as mudanças cognitivas, emocionais e interpessoais em indivíduos com graves psicopatologias de personalidade.

Young postulou a importância desses dois recursos para que se pudesse reverter a carência das necessidades básicas não atendidas ao longo da infância e da adolescência, bem como para alterar as estratégias de enfrentamento primitivas e ineficientes para as necessidades da vida adulta.

A reparentalização limitada é uma postura sistemática do terapeuta em buscar o preenchimento das necessidades básicas não atendidas do paciente por meio da relação terapêutica, dentro dos limites da relação profissional (por isso limitada). O profissional demonstra consideração e enfatiza o direito do paciente de ter tais necessidades básicas, levando-o a aceitá-las. É muito comum o ser humano ser crítico quanto a suas necessidades/vulnerabilidades, considerando-as fraquezas. Esse, porém, é um dos mecanismos mais prejudiciais à saúde mental, pois leva o indivíduo a se culpabilizar ou até a se autopunir.

Identificados os DEs mais afetados do paciente, o terapeuta busca ser como um “bom cuidador”, ofertando ao paciente a experiência completamente nova e desconhecida de receber a demanda afetiva de suas carências. Assim, um indivíduo que tenha EIDs do segundo DE (autonomia e desempenho prejudicados) pode ser “reparentalizado” em uma situação na qual um desses EIDs esteja ativado na sessão e o terapeuta possa fornecer a necessidade básica – por exemplo, elogiando e valorizando uma conquista profissional de um paciente com EID de incompetência por dependência. A postura de “reparentalização” precisa ser praticada incontáveis vezes, pois há a tendência natural do paciente a evitar a aceitação (sobretudo emocional) dessa nova experiência.

Como já exposto no Capítulo 1, os seres humanos e outros mamíferos necessitam, na edificação de sua identidade saudável, de cuidados maternos e paternos na forma de carinho e atenção, a fim de que haja uma base segura

para que possam confiar e se desenvolver com autonomia. O terapeuta busca, pela reparentalização limitada, suprir eventuais carências desses cuidados.

A confrontação empática é uma técnica derivada da proposta de estilos de comunicação da terapia comportamental dialética. Tem como objetivo superar os processos naturais de resistência na terapia, os quais podem ser causa de completa estagnação ou mesmo abandono do tratamento em casos graves. Ela será aplicada naquelas situações em que o paciente não responde a uma abordagem racional e sutil do terapeuta, sendo necessário, portanto, um estilo mais confrontativo para que os esquemas sejam modificados.

O profissional busca um equilíbrio entre validar e ser empático com o sofrimento e a queixa do paciente, ao mesmo tempo que explicita a necessidade de alguma modificação em seu *modus operandi* para que não haja a perpetuação desse sofrimento.

O uso da reparentalização limitada e da confrontação empática associadas às técnicas imagísticas (utilizadas para ressignificação de memórias infantis estressantes e/ou traumáticas) tem demonstrado efeitos sinérgicos para a mudança esquemática (Zamberlan, Feix, Pizarro, & Wainer, 2011; Zanatta, Costa, & Wainer, 2013).

TRABALHO COM OS MODOS ESQUEMÁTICOS

Como já dito anteriormente, a utilização da terminologia dos MEs se justifica ante quadros clínicos graves e/ou altamente refratários à abordagem tradicional.

De forma distinta da abordagem mais tradicional da TE, quando se utilizam alguns dos inventários Young para confirmar os EIDs do paciente, não há instrumentos que avaliem os MEs em toda a sua amplitude (apenas uns poucos para estilos de enfrentamento disfuncionais). As habilidades clínicas do terapeuta, as reações que o paciente lhe desperta e a concordância do paciente sobre a utilização do “modo” desde a infância funcionarão como a “bússola” que irá direcionar esse método de trabalho.

Na TE com os MEs, a meta é que o paciente identifique suas vulnerabilidades (criança vulnerável), bem como suas necessidades básicas não atendidas (que são a base do sofrimento desde os primórdios). A partir disso, ele é psicoeducado a respeitar tais vulnerabilidades, sem criticá-las ou ignorá-las.

Os demais “modos” são investigados em relação aos seguintes aspectos:

- quais situações ativam o “modo” e qual(is) necessidade(s) está(ão) em pauta;
- quais as características (pistas) de que o “modo” está ativado (pode ser o tom da voz, o distanciamento afetivo, o uso de violência, etc.);
- quais as lembranças da infância e/ou adolescência relacionadas a agir de modo similar;
- quais situações da vida atual, além daquela específica que ativou o modo, também o fazem ou fizeram.

O paciente é estimulado a abdicar do uso de estilos de enfrentamento mais desadaptativos, substituindo-os por outros mais funcionais, como aqueles relacionados aos “modos” “criança feliz” e “adulto saudável”.

Nenhum modo é considerado falho, ruim ou inapropriado em essência. A partir da perspectiva da teoria do apego e da psicologia evolucionista (Grossmann & Grossmann, 2011), é esclarecido ao paciente que esses “modos” foram adaptativos em um momento anterior da vida (em contextos muitas vezes desfavoráveis), mas que suas utilizações automáticas e inconscientes podem estar gerando prejuízo e sofrimento na realidade de seu momento presente (van Vreeswijk, Spinhoven, Eurelins-Bontekoe, & Broersen, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A TE trouxe ao universo das TCCs avanços consideráveis, tanto em termos do entendimento da dinâmica da personalidade quanto no desenvolvimento de técnicas inovadoras e empiricamente validadas para algumas das dificuldades clínicas mais complexas e desafiadoras.

Teoricamente, com as concepções de EIDs, DEs e processos esquemáticos, Young (1994) complementou a teoria cognitiva da personalidade, explicando as etapas cronológicas do desenvolvimento, bem como os mecanismos de perpetuação das crenças e dos processos emocionais.

Para a técnica, a TE representa uma amplificação de recursos para se vencer as resistências inerentes à mudança terapêutica. Integrando concepções de outras psicoterapias (p. ex., gestalt), bem como fortalecendo a importância da relação terapêutica e da ressignificação cognitiva e emocional

de experiências estressantes do passado, a reparentalização limitada e a confrontação empática ampliaram as fronteiras dos quadros clínicos em que se pode obter ganhos terapêuticos reais.

REFERÊNCIAS

- Arntz, A. (2012). Schema therapy for cluster C personality disorders. In M. F. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Willey-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice* (pp. 397-414). Malden: Wiley-Blackwell.
- Ball, S. A. (2007). Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. *Journal of Personality Disorders*, 21(3), 305-321.
- Ball, S. A., Cobb-Richardson, P., Connolly, A. J., Bujosa, C. T., & O'Neill, T. W. (2005). Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: Symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Comprehensive Psychiatry*, 46(5), 371-379. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.11.003>
- Bamelis, L. L., Evers, S. M., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 305-322.
- Bernstein, D. P., Nijman, H. L. I., Karos, K., Kuelen-de Vos, M., Vogel, V., & Luckner, T. P. (2012). Schema therapy for forensic patients with personality disorders: Design and preliminary findings of a multicenter randomized clinical trial in the Netherlands. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11(4), 312-324.
- Carter, J. D., McIntosh, V. V., Jordan, J., Porter, R. J., Frampton, C. M., & Joyce, P. R. (2013). Psychotherapy for depression: A randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Journal of Affective Disorders*, 151(2), 500-505.
- Cockram, D. M., Drummond, P. D., & Lee, C. W. (2010). Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(3), 165-182.
- Dickhaut, V., & Arntz, A. (2014). Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(2), 242-251.
- Edwards, D., & Arntz, A. (2012). Schema therapy in historical perspective. In M. F. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Willey-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice* (pp. 3-26). Malden: Wiley-Blackwell.
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 317-328.
- Giesen-Bloo, J., van Dick, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., ... Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 649-658. Recuperado de: <http://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.649>
- Grossmann, K., & Grossmann, K. E. (2011). O impacto do apego à mãe e ao pai e do apoio sensível à exploração nos primeiros anos de vida sobre o desenvolvimento psicossocial das crianças até o início da vida adulta. In M. van Ijzendoorn (Ed.), *Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira*

infância: Apego (pp. 8-14). Montreal: CEDJE/RSC-DJE. Recuperado de: <http://www.encyclopedia-crianca.com/sites/default/files/dossiers-complets/pt-pt/apego.pdf>

Masley, S. A., Gillanders, D. T., Simpson, S. G., & Taylor, M. A. (2012). A systematic review of the evidence base for schema therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(3), 185-202.

Melo, W. V. (2014). *Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva*. Novo Hamburgo: Sinopsys.

Renner, F., van Goor, M., Huibers, M., Arntz, A., Butz, B., & Bernstein, D. (2013). Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: Associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behaviour Research and Therapy*, 51(8), 487-492.

Simpson, S. G., Morrow, E., van Vreeswijk, M. F., & Reid, C. (2010). Group schema therapy for eating disorders: a pilot study. *Frontiers in Psychology*, 1, 1-10. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2010.00182>

van Vreeswijk, M. F., Spinhoven, P., Eurelings-Bontekoe, E. H. M., & Broersen, J. (2014). Changes in symptom severity, schemas and modes in heterogeneous psychiatric patient groups following short-term schema cognitive-behavioural group therapy: A naturalistic pre-treatment and post-treatment design in an outpatient clinic. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(1), 29-38.

van Vreeswijk, M. F., Broersen, J., & Nadort, M. (Eds.). (2012) *The Willey-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice*. Malden: Wiley-Blackwell.

Wainer, R. (2014). Intervenções da terapia do esquema no stress precoce. In M. Lipp (Org.), *Stress em crianças e adolescentes* (pp. 313-333). São Paulo: Papirus.

Wainer, R., & Piccoloto, N. M. (2008). Terapia cognitivo-comportamental nos transtornos de personalidade. In Cordioli, A. V. (Org.), *Psicoterapias: Abordagens atuais* (3. ed., pp. 367-381). Porto Alegre: Artmed.

Young, J. E. (1994). *Young parenting inventory*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.

Young, J. E. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos da personalidade: Uma abordagem focada em esquemas*. (3. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Young, J. E., & Brown, G. (2001). *Young schema questionnaire: Special edition*. New York: Schema Therapy Institute.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.

Zamberlan, D L. F., Pizarro, R. S. & Wainer, R. (2011). Técnicas vivenciais na terapia do esquema: Reestruturação de memória. In R. Wainer, N. M. Piccoloto, & G. K. Pergher (Orgs.), *Novas Temáticas em Terapia Cognitiva* (pp. 299-324). Novo Hamburgo: Synopsys.

Zanatta, A. C. O. M., Costa, C. C., & Wainer, R. (2013). O terapeuta do esquema na relação terapêutica. In R. B. Araújo, N. M. Piccoloto, & R. Wainer (Orgs.), *Desafios clínicos em terapia cognitivo-comportamental*. São Paulo: Casa do Psicólogo.



Parte II

INOVAÇÕES TÉCNICAS



capítulo 5

ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS: REPARARENTALIZAÇÃO LIMITADA E CONFRONTAÇÃO EMPÁTICA

Rossana Andriola

A terapia do esquema (TE) é uma abordagem em que o profissional precisa se dispor emocionalmente ao paciente durante o processo de psicoterapia, não apenas porque expõe as fragilidades mais íntimas do indivíduo, mas porque a própria relação terapêutica torna-se o agente da mudança.

Como essa abordagem foi desenvolvida inicialmente para promover intervenções em pacientes difíceis e resistentes (leia-se transtornos da personalidade e transtornos refratários), um termo central de seu método é a relação terapêutica, visto que é no campo dos relacionamentos que os maiores prejuízos na vida desses indivíduos são observados (Kellogg & Young, 2006).

Em decorrência disso, é importante um manejo especial em termos relacionais, pois, uma vez que as dificuldades se encontram no campo interpessoal, é esperado que tais déficits sejam reproduzidos no relacionamento terapeuta-paciente. Os modos desadaptativos dos pacientes serão ativados ao longo da relação terapêutica, e estes irão reproduzir inúmeras vezes as interações disfuncionais que estabeleceram por meio de seus esquemas iniciais desadaptativos (EIDs), sendo essa a oportunidade para repará-los (Weertman, 2012).

É exatamente nesse momento que o terapeuta precisa estar preparado, tanto do ponto de vista cognitivo como emocional, para identificar tais dificuldades e proporcionar uma relação reparadora dentro dos limites apropriados, que possa servir de modelo generalizador para as relações extras-sessões. Nesse ensejo, as técnicas de repararentalização limitada e confrontação empática são importantes veículos transformadores; ambas

exigem uma capacidade diferenciada do profissional, pois, ao mesmo tempo que visam a mudanças, não invalidam os sentimentos atuais do paciente.

Essas técnicas são essenciais ao terapeuta do esquema e precisam estar em consonância com suas características pessoais para que possam ser realizadas com primazia. Isso significa que, embora haja direcionamentos para conduzi-las, esses instrumentos exigem que o profissional aplique ele mesmo dentro da sessão, sendo também denominadas como um estilo terapêutico (Leahy, 2008; Young, Klosko, & Weishaar, 2008). Logo, tanto na reparentalização limitada quanto na confrontação empática, o terapeuta deve estar apto a vivenciar emoções intensas dentro das sessões (sejam elas negativas, sejam elas positivas) e usá-las a favor da terapia.

REPARENTALIZAÇÃO LIMITADA

A reparentalização limitada (RL) nasce como uma ferramenta e/ou estilo terapêutico com o objetivo de enfraquecer os esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) desenvolvidos a partir das vinculações disfuncionais com figuras paternas, nas quais as necessidades emocionais básicas da criança não foram satisfeitas. A RL é uma chave para reparar relacionamentos, e o maior veículo dessa mudança é a relação terapêutica (Edwards & Arntz, 2012; Kellogg & Young, 2006).

Essa técnica tem suas origens na teoria da experiência emocional corretiva, de Alexander e French (1965), e na teoria do apego, de Bowlby (1969, 1990). Além disso, obteve uma importante contribuição dos estudos sobre apego realizados pela psicóloga do desenvolvimento Mary Ainsworth entre as décadas de 1960 e 1970 (Ainsworth & Bowlby, 1991; Alexander & French, 1965).

A experiência emocional corretiva prevê a possibilidade de o paciente reviver eventos traumáticos reprimidos do passado com o terapeuta, com o intuito de corrigir essa relação primitiva e obter uma nova experiência emocional. Para Alexander, tal experiência faz o indivíduo reviver as relações primitivas em um ambiente de maior aceitação e entendimento propiciado em sessão, suscitando não apenas uma compreensão intelectual como também uma resignificação emocional. Essa nova experiência seria corretiva para lidar com a experiência do passado (Alexander & French, 1965).

Já a teoria do apego enfatiza os efeitos dos vínculos nos primeiros anos de vida da criança, estabelecendo a importância da relação entre pelo menos um cuidador primário e o recém-nascido para que este possa se desenvolver social e emocionalmente. Com os estudos de Ainsworth, Blehar, Waters e Wall (1978), o conceito de base segura foi introduzido; este se refere a um padrão de relacionamento entre cuidador e bebê consistente com as necessidades da criança, no qual se estabelece um vínculo seguro. Esse conceito surgiu a partir da observação da interação mãe-bebê, resultando na identificação de dois estilos de apego, o seguro e o inseguro. Crianças que tinham cuidadores que lhes proporcionavam uma base segura demonstravam facilidade na exploração do ambiente, já as que não obtinham essa base revelavam dificuldade em interagir e explorar o ambiente. Mediante essas constatações, foram categorizados quatro tipos de apego: seguro, inseguro evitativo, inseguro ambivalente e desorganizado, os quais são apropriadamente descritos no Capítulo 3 (Ainsworth & Bowlby, 1991; Ainsworth et al., 1978; Dalbem & Dell’Aglia, 2005).

A partir da integração dessas teorias, Jeffrey Young postulou o papel do terapeuta na RL, sendo este uma “base segura” para o paciente, estabelecendo um envolvimento consistente, no qual se busca reparar as experiências disfuncionais do passado (Young et al., 2008). Para tanto, faz uso de premissas da teoria do apego, procurando explicar as dificuldades de apego do indivíduo devido às interações primárias desadaptativas, ao mesmo tempo que objetiva proporcionar uma experiência reparadora, que se assemelha à experiência emocional corretiva de Alexander. A diferença é que, na terapia do esquema, essa experiência é vivenciada no aqui-agora, sendo a relação terapêutica o principal instrumento para a reparação (Weertman, 2012).

Nesse sentido, a RL propicia uma relação transformadora, na qual o terapeuta se aproxima emocionalmente do paciente e estabelece um vínculo saudável ao satisfazer as necessidades não atendidas, ao mesmo tempo que respeita os limites profissionais dessa relação. A intenção não é que o paciente regreda a um momento criança, e sim que ele possa, por meio do encontro entre um “pai adequado” e seu modo criança, desenvolver um adulto saudável. Logo, o terapeuta não entra explicitamente no papel de mãe ou pai, mas no de um modelo significativo que possa instaurar um lado saudável naquele indivíduo. Para isso, deve se estabelecer uma conexão

genuína com o paciente, por meio do reconhecimento de suas qualidades e da valorização do sujeito de forma verdadeira (Farrell, Reiss, & Shaw, 2014).

Na prática, a RL só é possível quando o vínculo inicial já foi instituído mediante a concepção de um *setting* terapêutico seguro, empático e validador. Em seguida, é necessário passar por um processo avaliativo, no qual serão identificadas as carências do paciente, ou seja, os EIDs ou modos que ele apresenta. Para essa avaliação, além das estratégias estimadas pelos questionários (assunto explicado no Capítulo 6), a própria relação terapêutica pode servir como indicador, demonstrando as ausências a se preencher e o padrão do paciente.

Ao se instaurar um processo de avaliação, deve se levar em conta não somente os modos apresentados pelo paciente, mas também os esquemas do próprio terapeuta. Nessa interação, é possível que alguns esquemas “colidam” ou até mesmo que haja uma “superidentificação”, podendo ser ativado um modo parental disfuncional no terapeuta (Nadort, van Genderen, & Behary, 2012).

EXEMPLO CLÍNICO

Kátia, 35 anos, apresenta um esquema de abandono e procura a terapeuta Paula, que está com seus padrões inflexíveis acionados. Ao longo do processo terapêutico, a paciente tem repetidas faltas, utilizando uma estratégia hipercompensatória, na qual elicia uma desistência da terapeuta. Na sessão, a profissional, com os referidos padrões ativados, pode impor a condição de um determinado número de faltas para que continue atendendo Kátia. Em seguida, a paciente provoca o abandono, tendo ultrapassado o limite imposto por Paula. Nesse caso, a terapeuta não conseguiu reparar as necessidades de Kátia, tanto porque não identificou a estratégia mantenedora de seus esquemas quanto porque seus próprios padrões inflexíveis interferiram no processo. O que se espera na reparentalização é que se conheça a real necessidade em um dado comportamento e que se possa saná-la, sem que os esquemas do terapeuta influenciem o resultado. Isso não quer dizer que Paula não poderia atender Kátia, apenas que a profissional deverá ter um cuidado maior com seus padrões inflexíveis, não deixando que eles influenciem no processo terapêutico.

Nesse exemplo, uma maneira assertiva de a terapeuta agir seria ligar para Kátia, preocupando-se com suas faltas e pedindo-lhe que retornasse – ou, ainda, psicoeducar a paciente sobre sua estratégia confirmatória do abandono e assegurar-lhe de que não a abandonaria devido a suas faltas, explicitando que, “aos poucos, esperava que ela pudesse confiar nisso”.

Para aplicar a RL, deve-se estar muito atento às necessidades do paciente e compreender o que cada comportamento significa, pois um mesmo comportamento pode exigir necessidades diferentes que podem ou não ativar esquemas do terapeuta. Por exemplo, imagine o caso clínico de Rafaela (22 anos), que apresentava esquema de autodisciplina insuficiente, faltando frequentemente às sessões e, quando comparecia, chegando atrasada. O comportamento é o mesmo apresentado no exemplo anterior, porém a necessidade dessa paciente é diferente: ela precisa de um limite afetivo, de modo que o terapeuta não pode ser tão permissivo com as faltas de Rafaela quanto seria com as de Kátia.

Na relação terapêutica, sempre haverá botões acionados tanto no profissional como no paciente. A diferença é que o terapeuta tem o dever de estar ciente e atento, usando a contratransferência a favor de uma melhora reparadora. Consequentemente, assumir a posição de terapeuta do esquema pode ser um trabalho árduo, visto que se deve “ler” os sentimentos do paciente e envolver-se deliberadamente com sua dor, ao mesmo tempo que é preciso evitar que os próprios esquemas interfiram. Assim, a contratransferência deve ser utilizada de forma a auxiliar o tratamento; ela é o exemplo explícito de como os outros se sentem com o paciente fora da terapia, o espelho daquilo que ocorre no mundo real, não podendo o profissional repetir a resposta que o mundo dá ao seu paciente. Em decorrência disso, a relação torna-se um instrumento primordial para reconhecer os esquemas e modos do paciente, sendo preciso distinguir os esquemas do terapeuta para que estes não causem alguma ingerência ao processo (Leahy, 2008; Vyskocilova & Prasko, 2013).

A RL revela-se extremamente valorosa quando os esquemas ou modos estão ativados. Na ativação, há um maior nível de emoções envolvidas na sessão, proporcionando um *insight* afetivo. Para que seja possível conectar-se com essas emoções, pode-se fazer também o uso de imagens, por meio das técnicas vivenciais (Farrell & Shaw, 2012).

Reparentalização limitada com técnicas vivenciais

A estratégia imagística na RL acompanha os mesmos passos do trabalho com imagem mental comumente propagados pela terapia do esquema, com o diferencial de que o terapeuta pede licença para “incluir-se” no processo

vivencial e desempenha um papel reparador. A presença de modos esquemáticos pode acarretar uma grande dificuldade de desenvolver o adulto saudável, sendo que o profissional deve desempenhar esse papel. Portanto, o terapeuta tenta acessar os modos por meio das imagens e entra como defensor daquela criança vulnerável, atendendo suas necessidades. Essa estratégia funciona de maneira excelente, particularmente com os esquemas de primeiro domínio, desconexão e rejeição (Edwards & Arntz, 2012; McGinn & Young, 2012).

Para esse trabalho com imagens, a princípio se reproduz todo o manejo que ordinariamente é conduzido às imagens mentais, pedindo para que sejam detalhados tanto o ambiente da vivência quanto quem está presente (esse processo é mais bem explicado no Capítulo 6). Logo, o terapeuta busca acessar o modo criança vulnerável (em que as dores e necessidades podem ser acessadas) e, em seguida, pede cordialmente para entrar na cena. Ele pode perguntar “Posso entrar nessa cena?” ou “Você me coloca nessa imagem?” (Arntz & Weertman, 1999).

Só após obter a permissão é que se inicia um diálogo com esse modo criança. É importante salientar que, enquanto não houver permissão, o terapeuta não deve se sobrepor à cena, sob pena de estar reproduzindo o comportamento dos cuidadores disfuncionais, o que poderia ser lamentavelmente desastroso e perpetuar os esquemas.

Com essa fase de permissão completada, o profissional inicia um diálogo com a criança e pede que ela explicita a sua necessidade, perguntando, por exemplo, “O que a faria se sentir melhor?” ou “O que gostaria que fizesse/dissesse?”. Um ponto a ser observado é que esse diálogo deve ocorrer no presente do indicativo, para que facilite a experimentação da cena no aqui-agora e proporcione uma vivência daquele momento de uma forma corretiva. Deve-se estar muito atento à linguagem – não só ao tempo verbal, mas também a outros detalhes, tais como o nome que o paciente dá a si mesmo na infância, seja no diminutivo, seja em forma de apelido; nesse caso, deve-se reproduzi-lo, com o intuito de tornar a vivência mais real e obter maior valência emocional.

Obviamente, a próxima etapa será atender ao pedido da criança, procurando manter-se na imagem e acolhendo sua vulnerabilidade. Nesse modo infantil, o paciente pode não saber explicitar o que o faria sentir-se bem ou ajudaria, e, nesse caso, pode-se fazer sugestões para aquele momento de

acordo com as necessidades previamente sabidas. Além disso, a cena pode contar com a presença de um dos cuidadores, sendo que o terapeuta estará presente especialmente para proteger e defender a criança, impetrando um diálogo com o cuidador (Arntz, 2011).

EXEMPLO CLÍNICO REPARENTALIZAÇÃO COM IMAGENS

Eduarda, 26 anos, mora com o pai, Rui. Ambos têm uma relação muito conturbada por conta da rigidez do cuidador.

Terapeuta: Busque essa imagem que você referiu agora, de quando era criança e seu pai disse que você havia mentido...

Paciente: Lembrar do que aconteceu?

Terapeuta: É... gostaria que você fechasse os olhos e entrasse nessa cena...

Paciente: Tá.

Terapeuta: O que você está vendo?

Paciente: Estou vendo meu pai...

Terapeuta: Fale um pouco sobre onde você está e o que está acontecendo... descreva essa cena.

Paciente: Estou sentada, olhando qual roupa vou colocar, e só enxergo as prateleiras mais baixas do meu roupeiro, eu sou muito pequena.

Terapeuta: E o que está acontecendo?

Paciente: Meu pai está na porta do quarto. Eu olho para ele... ele é muito grande... está brabo.

Terapeuta: E como você está se sentindo?

Paciente: Estou com muito medo, eu sei que ele vai me xingar, mas não sei por quê. Essa é a cara dele antes de eu apanhar.

Terapeuta: Você está com medo... e o que você faz?

Paciente: Eu não sei, eu fico parada, esperando. Meu pai começa a dizer que eu não cumpri com a nossa combinação... "Dudinha! Você não acordou sozinha, sua mãe teve que vir te acordar..."

Terapeuta: Como você se sente ouvindo isso?

Paciente: Eu tenho vontade de chorar... me sobe um medo.

Terapeuta: Você gostaria de mudar algo nessa cena?

Paciente: Eu não sei... [chora] Acho que eu queria que meu pai acreditasse em mim e não me batesse.

Terapeuta: Você consegue falar isso para ele?

Paciente: Não, eu tenho muito medo dele, ele não vai me ouvir, nunca me ouve... [silêncio]. Eu não consigo dizer nada...

Terapeuta: Você gostaria que eu fizesse isso por você?

Paciente: Ele não vai ouvir você também.

Terapeuta: Mas eu quero fazer isso. Quero protegê-la, defendê-la, você merece isso. Você poderia me colocar nessa cena?

Paciente: Vai ser meio estranho, mas vou tentar.

Terapeuta: Certo, agradeço por confiar em mim.

Paciente: Você está atrás de mim, olhando para o meu pai.

Terapeuta: E o que você quer que eu faça?

Paciente: Eu quero que me defenda... eu não menti, cumpri o que nós combinamos. Não quero que ele me bata de novo.

Terapeuta: Posso ficar entre você e seu pai?

Paciente: Pode.

Terapeuta: Rui, a Dudinha está lhe dizendo a verdade e merece que você confie nela. Eu vou protegê-la, não vou deixar que bata nela. Ela não está mentindo, cumpriu o que você pediu e merece que você reconheça isso.

Vou ficar com você até seu pai sair da cena.

Nesse exemplo, o terapeuta entra na cena como o adulto saudável, reparentalizando a necessidade de Eduarda de ser protegida e validada, pois a paciente, sozinha, não conseguia enfrentar a situação de modo saudável. Quando os modos estão ativados, pode ser difícil para o indivíduo sair da posição desadaptativa de criança, ficando preso a ela. Portanto, a princípio, o profissional assume o papel de adulto saudável para, posteriormente, o paciente internalizá-lo e reproduzi-lo. Em uma fase intermediária, o terapeuta pode servir como *coach*, auxiliando a criança a ser um adulto saudável. O objetivo final é que o próprio paciente desempenhe esse papel em imagens futuras (Edwards & Arntz, 2012; Farrell & Shaw, 2012).

Reparentalização limitada e modos desadaptativos

É essencial o uso da RL quando aparecem os modos do paciente na sessão, em especial quando os modos criança estão presentes, dando ensejo para que se aja terapeuticamente. Isso ocorrerá tanto nas técnicas vivenciais quanto nas sessões, de modo rotineiro, sendo necessário considerar em qual modo o paciente se encontra para que se possa suprir a necessidade correspondente. Com o intuito de facilitar essa compreensão, foi elaborada a Tabela 5.1.

TABELA 5.1

Reparentalização limitada nos modos criança

Modos	Esquemas	Características/necessidades não atendidas	Atitude do terapeuta na reparentalização
Criança vulnerável	Abandono, desconfiança/abuso,	Apresenta sentimentos disfóricos, sintomas de	Conectar-se emocionalmente com essa criança vulnerável, trazendo conforto e

	privação emocional, defectividade, isolamento social, dependência/incompetência, vulnerabilidade, dano, emaranhamento, negatividade, pessimismo	desesperança, depressão, ansiedade e medo. Acredita que ninguém conseguirá suprir suas ausências, desconfiando das intenções de outros. Sente-se rejeitada e solitária.	proteção. É muito importante proporcionar um apego seguro, com constância em suas atitudes. Demonstrar aceitação e valorização de suas características, estimulando a autoconfiança.
Criança zangada	Abandono, desconfiança/abuso, privação emocional, subjugação.	É hostil, liberando raiva intensa em busca de justiça a suas necessidades não satisfeitas. Por vezes, pode se mostrar como uma criança birrenta, revelando explosões de raiva.	Acolher e validar seus sentimentos, aceitar a raiva, ao mesmo tempo que busca o real motivo desse sentimento (as necessidades não supridas). Empatizar com as queixas, demonstrando investimento e preocupação com o indivíduo, a fim de formar um vínculo seguro para ele. Ajudá-lo a expor sua raiva, mas também ensiná-lo a expressar suas necessidades e sentimentos de forma mais assertiva.
Criança impulsiva/indisciplinada	Arrogo, autodisciplina insuficiente	Atua de forma impulsiva, sem considerar os limites dos outros. Busca saciar seus desejos de maneira egoísta. Apresenta baixo controle de suas emoções e impulsos. Pode se comportar como uma criança mimada, demonstrando baixa tolerância à frustração.	Buscar desenvolver limites realistas e afetivos, estimulando a reciprocidade na relação. Tentar fazer o paciente estabelecer um compromisso com o terapeuta. O profissional pode, por vezes, frustrar o paciente e ajudá-lo a lidar com esse sentimento, auxiliando a enfrentar sentimentos negativos de uma forma adaptativa.

Fonte: Farrell e Shaw (2012), Farrell e colaboradores (2014), van Genderen, Rijkerboer e Arntz (2012).

Por meio da análise das características, dos esquemas acionados e das necessidades de cada modo explorados na Tabela 5.1, é possível reconhecer qual modelo parental o terapeuta deve efetivamente representar. A tabela também oportuniza um entendimento das estratégias de enfrentamento (motivos pelos quais apresentam certos comportamentos), facilitando um posicionamento empático.

Como se pode notar, no modo criança vulnerável deve haver um grande nível de aceitação, acolhimento e validação das necessidades do paciente. Trata-se de um modo em que o paciente precisa ser protegido, tranquilizado e validado. Quando esse modo está muito acionado, além de acolher o paciente durante a sessão, uma boa estratégia de reparentalização pode ser ligar para ele ao fim do dia para ver como se sentiu após a sessão, demonstrando um cuidado com o indivíduo.

Já no modo criança zangada, o terapeuta precisa suportar a expressão emocional exacerbada do paciente e proporcionar um ambiente seguro para

que ele manifeste seus sentimentos. Após, ajuda-o a extravasar a raiva de uma forma mais funcional, para que ele não sofra as consequências negativas dessa atitude no mundo real. Então, o terapeuta aproveita o momento para conduzir o paciente a pensar sobre qual necessidade pode estar oculta naquele sentimento. Uma maneira de descobrir isso é por meio das perguntas: “O que você gostaria que eu fizesse para o acalmar?” ou “Existe algo que eu possa fazer/dizer para você se sentir melhor?”. A resposta será a necessidade não atendida, e, a partir daí, o terapeuta poderá seguir a sessão de forma a suprir tal ausência.

No modo criança impulsiva/indisciplinada, como pode ser observado na Tabela 5.1, a principal necessidade é o limite afetivo. Assim, o terapeuta deve validar os sentimentos do paciente e, do mesmo modo, guiá-lo de forma a suportar que seus desejos não sejam atendidos imediatamente. Com isso, busca-se fazê-lo aprender a lidar com as frustrações e enfrentar a emoção negativa de uma forma mais adaptativa. Também direciona o paciente a respeitar os limites dos outros, fazendo-o ponderar o quanto esses limites serão valiosos para a evolução de seus relacionamentos. Nesse processo, pode-se empregar a autorrevelação, caso haja alguma experiência por parte do terapeuta, a fim de ilustrar algum limite que inicialmente foi difícil de enfrentar, mas que, em longo prazo, se mostrou benéfico. Além disso, pode-se fazer uso de cartões de enfrentamento, que funcionam como a voz do profissional fora da sessão. Nesse caso, utilizar recursos tecnológicos, como fazer uma gravação do terapeuta falando algo validador para o paciente, pode resultar em uma reparentalização de grande ativação emocional fora da sessão.

Por fim, reparentalizar é proporcionar ao paciente uma experiência diferente daquela que obteve com os cuidadores primários, tornando significativa a relação terapêutica por meio do preenchimento das necessidades do paciente. Portanto, implica também tomar atitudes com as quais o paciente não concorda (os pais tomam decisões para proteger os filhos). É evidente que a terapia deve ser um lugar seguro, mas isso não significa que o terapeuta será conivente com os esquemas disfuncionais. Assim como os pais de uma criança, há momentos em que o profissional sabe o que é melhor para o paciente, mais do que ele mesmo.

CONFRONTAÇÃO EMPÁTICA

Outro importante elemento da relação terapêutica consiste na confrontação empática (CE), também chamada de testagem empática da realidade. Trata-se de uma postura que empatiza com o sofrimento do paciente, compreende os motivos pelos quais ele apresenta determinados comportamentos, porém não os avaliza, procurando impulsioná-lo à mudança (Bernstein, Arntz, & Kuelen de Vos, 2007).

Os pacientes que se beneficiam com tratamento em TE costumam revelar obstáculos emocionais arraigados, sendo que o empirismo colaborativo e a descoberta guiada (advindos do modelo cognitivo de Beck) não são suficientemente efetivos, manifestando algumas limitações. Na terapia cognitiva tradicional, busca-se que o indivíduo possa, com seus recursos internos, apresentar um *insight* sobre suas dificuldades e, a partir disso, beneficiar-se sem fazer uso da confrontação. Entretanto, a relação com pacientes graves (resistentes ou refratários) pode não ser tão colaborativa e racional quanto se espera. Dessa forma, eles não obtêm resultados positivos só com o uso de técnicas cognitivas habituais, tais como o questionamento socrático e a descoberta guiada. Isso não significa que a TE não se favorece das técnicas cognitivas; pelo contrário, estas podem ser muito úteis em determinado momento da terapia, contudo também se lança mão da confrontação empática como um diferencial potencialmente eficaz (McGinn & Young, 2012).

Por mais que seja uma postura diversa diante do paciente, a confrontação já foi alvo de estudo de outras abordagens. Carl Rogers postula que empatia e encorajamento para mudança são características essenciais ao terapeuta, emprestando à TE esse precioso conceito. Na psicanálise, há inúmeras considerações sobre o papel da confrontação em psicoterapia, reiterando sua utilidade em pacientes resistentes. Leaman (1978) descreve a confrontação como uma das tarefas mais difíceis e desconfortáveis para o profissional. No entanto, admite tratar-se de um elemento muito proveitoso, sendo o *timing* para seu uso um fator indispensável para que não seja contraproducente (Chu, 1992; Leaman, 1978; Rogers, 1951).

Pode-se dizer que a confrontação empática faz parte de um estilo terapêutico intrínseco à teoria dos esquemas pelo fato de possibilitar a abertura de um diálogo honesto com o paciente, fazendo revelações daquilo

que o profissional consegue, por meio de seu olhar clínico, identificar como inapropriado no padrão de funcionamento em questão, sem deixar de compreendê-lo. Por conseguinte, institui-se uma relação sem espaço para manipulações, condizente com a relação genuína que deve se estabelecer em terapia (Leahy, 2008; Leaman, 1978; Young et al., 2008).

Embora amplamente utilizada em TE, a confrontação empática não se constitui uma tarefa fácil. Ao mesmo tempo que se valida os sentimentos do paciente, propõe-se que haja uma modificação de suas estratégias, e esse pode ser um processo muito delicado. Significa confrontar e transmitir empatia pelo medo do paciente de deixar de ser como ele se conhece, para, junto do terapeuta, buscar um novo caminho, o que exige muita confiança na relação (Edwards & Arntz, 2012).

Em razão disso, a aliança terapêutica é um ponto essencial para que a confrontação empática possa se estabelecer. Esta se consolida por meio de um ambiente validador, que apresenta comunicação solidária entre os dois lados, capacidade de se colocar no lugar do outro, além de um contato interpessoal adequado. Contudo, pacientes resistentes em geral estabelecem uma tênue aliança, fazendo alguns terapeutas experimentarem temor ao confrontá-los, por receio de que reajam com raiva, agressividade e até de maneira autodestrutiva. Tais reações realmente ocorrem em sessão, entretanto deve-se ter em mente que se trata apenas de uma manifestação do esquema do paciente, e deve-se aproveitar esse momento para ajudá-lo a lidar com os sentimentos de uma forma funcional, favorecendo a aliança terapêutica (Chu, 1992; Spinhoven, Giesen-Bloo, van Dick, Kooiman, & Arntz, 2007).

EXEMPLO CLÍNICO

Manoel, 48 anos, apresenta esquema de fracasso, com um estilo de enfrentamento hipercompensatório, atuando por meio de estratégias de arrego e grandiosidade. Procura atendimento pela ansiedade que vem experimentando por conta de uma briga que teve com seu chefe por não ter sido promovido no trabalho. Manoel diz que seu superior na verdade o teme, por isso promoveu um colega menos competente. Está querendo deixar o emprego, repetindo continuamente que não precisa mais dele (apesar de não ter outra proposta de trabalho e de seus dois filhos dependerem dele). Quando o terapeuta fala que entende como ele deve estar se sentindo por não ter sido promovido e que isso o lembra de quando o pai sempre escolhia o irmão para ajudá-lo, Manoel expressa raiva e pergunta “Quem é você para falar sobre meu pai?”, repetindo que não precisava vir à terapia para ouvir isso. O profissional suporta a agressividade, acolhe seu sentimento e tenta se conectar com o paciente perguntando qual era o sentimento que estava por trás dessa raiva. Aos poucos, Manoel vai se acalmando, e o terapeuta

começa a mostrar o estilo de enfrentamento hipercompensatório, confrontando empaticamente sua atitude: “Entendo que quando seu pai repetidamente não o escolhia, você resolveu mostrar que não precisava dele para poder lidar com essa dor. Entendo que essa foi a estratégia que você usou na infância e que agora repete comigo, dizendo que não precisa de mim e que não precisa do seu emprego. Nesse momento, não vejo essa estratégia como benéfica; estou junto com você e quero ajudá-lo, você não precisa mostrar nada para mim”.

Alcançar a aliança terapêutica não significa que não haverá momentos de fragilidade na relação terapeuta-paciente, e sim que é possível superá-los por conta do vínculo seguro que se estabeleceu. Para o processo de psicoterapia tornar-se válido, é indispensável que o profissional possa discordar empaticamente do paciente, caso contrário estará sendo condescendente com os esquemas. O paciente precisa confiar no terapeuta para que este possa mostrar-lhe o caminho para ser um adulto saudável (Spinhoven et al., 2007).

Um fator importante para que a CE seja corretamente desempenhada é pontuar aquilo que está disfuncional sem mostrar-se crítico. A modulação do tom de voz e as expressões corporal e facial devem contribuir de forma a criar um ambiente de aceitação, mesmo que, naquele momento, se esteja propondo modificações. Trata-se de um difícil equilíbrio entre uma postura ativa e uma capacidade empática do terapeuta (Edwards & Arntz, 2012).

Uma boa maneira de se confrontar empaticamente é demonstrar as consequências do comportamento regido por um esquema/modo e salientar as vantagens que serão obtidas com a diminuição delas. Cabe ressaltar que o objetivo do terapeuta deve ser confrontar as atitudes que perpetuam os esquemas, e não o próprio paciente. Para tanto, de antemão, proporciona-se ao paciente uma psicoeducação sobre seus esquemas, modos e estratégias de enfrentamento, pontuando suas distorções com exemplos da vida dele. Logo, é importante despende um bom tempo na fase de avaliação, conhecendo bem os gatilhos que levam a seu padrão autoperpetuador.

EXEMPLO CLÍNICO

Andréia, 40 anos, apresenta esquemas de privação emocional e abuso/desconfiança; procura a terapia por estar deprimida e com problemas no relacionamento com o marido. A paciente nasceu em uma família pobre, tendo enfrentado dificuldades básicas (passou fome na infância). Começou a trabalhar aos 12 anos, praticamente sustentando a mãe e os irmãos, que não trabalhavam. Inúmeras vezes, a mãe pediu-lhe dinheiro emprestado, repartindo-o com os outros irmãos. Hoje, casada, Andréia não consegue compartilhar seus ganhos, mesmo que seu marido tenha um salário muito maior. Todas as despesas de casa são divididas igualmente. Está infeliz

com seu emprego, mas não encontra possibilidade de mudança sem diminuir temporariamente seus ganhos. Experimenta extrema ansiedade quando seu salário, que é variável, sofre alguma diminuição, mesmo que tenha uma reserva monetária. Não divide esses sentimentos com o marido, sentindo-se muito sozinha. A última briga que tiveram ocorreu quando ele sugeriu a abertura de uma conta conjunta. A terapeuta, depois de psicoeducar Andréia sobre seus esquemas, começa a demonstrar que o gatilho da sua briga foi o fato de sentir-se abusada por ter que dividir uma conta com o marido. A seguir, a profissional empatiza com seus sentimentos ao mesmo tempo que confronta sua atitude: “É compreensível que, depois de anos sofrendo com uma atitude abusiva de sua mãe e seus irmãos, você tenha aprendido a contar só consigo mesma, não partilhando nem seus sentimentos, nem seus ganhos. Mas, agora, a situação é diferente, seu marido parece querer ajudá-la e poder fazer isso por você, tanto emocional como financeiramente. Você pode contar com ele, mas está agindo como se não pudesse. Você não está mais sozinha, mas está agindo como se estivesse. É como se não pudesse contar com ninguém como quando era criança, mas agora você pode, e suas estratégias estão a deixando solitária. Imagino que seja devastador sentir-se sozinha e não quero que se sinta assim, pois esse afastamento só tende a perpetuar sua privação emocional. Entendo que, naquela época, você não tinha outra escolha, mas agora tem; não deixe que seu esquema escolha por você... Por que não conta com seu marido para trocar de emprego? Por que não tenta compartilhar suas coisas com ele? Isso poderia aproximá-los”.

Por meio dessa postura, busca-se um direcionamento para a mudança, demonstrando entender que as atitudes que o paciente adotou foram funcionais em algum momento da vida; aquele foi o jeito que ele encontrou para lidar com o ambiente que se apresentava, mas tais estratégias são incongruentes com o presente. É preciso mostrar que se trata daquilo que ele conseguiu fazer, na infância, com os recursos que tinha, mas, agora, na vida adulta, utilizar rigidamente as mesmas estratégias tornou-se prejudicial, acabando por confirmar seus esquemas.

Para que o *insight* sobre tais padrões ocorra, é necessário que o terapeuta remeta até a história de vida do paciente e observe em que ponto começaram esses esquemas; em seguida, começa a mostrar ao paciente que são esses mesmos padrões que o fazem ter uma qualidade de vida diminuída. Na CE, há uma compreensão sobre o passado; ao mesmo tempo, busca-se expor ao paciente que, enquanto não houver mudanças nos padrões que apresenta, sua vida será uma reedição do passado.

A intenção é que o paciente se sinta compreendido e seguro de que a mudança é a melhor escolha, bem como enxergue o terapeuta como um aliado em quem pode confiar. Aos poucos, o sujeito começa a se desvencilhar dos esquemas, apresentando comportamentos mais saudáveis, e suas estratégias começam a se flexibilizar. A confrontação ocorre sempre que um

comportamento/atitude está agindo de forma a perpetuar o esquema; pode-se confrontar, por exemplo, um estilo de enfrentamento ou um modo (Behary, 2006).

EXEMPLO CLÍNICO

Daniel, 50 anos, casado, procura atendimento a pedido da esposa. Apresenta um estilo de enfrentamento evitativo, ficando alheio às coisas que acontecem na família. Não entra em contato com suas emoções, por vezes atuando no modo protetor desligado. O casamento está com muitos problemas; sua esposa está distante, e seu filho está indo mal nos estudos, sendo bem possível que não passe de ano. No trabalho, Daniel tem enfrentado imensas pressões de um chefe abusivo, e seus funcionários não estão dando conta das metas, razão pela qual não tem dormido. Ao ser perguntado, no início da sessão, sobre como estava se sentindo, Daniel diz que estava bem. Logo depois, ao investigar a semana do paciente, o terapeuta nota que ele estava com muitos problemas, apresentando sintomas deprimidos. O profissional avalia com ele: “Você me falou que estava bem hoje, que foi uma semana tranquila, que nem tinha muita coisa para falar, mas, quando começo a lhe perguntar, vejo que sua semana foi muito difícil, nem consigo imaginar como seria estar sendo tão pressionado em todas as áreas da vida... Será que você está bem realmente ou será que está naquele modo de evitar emoções? Entendo que, na infância, precisou evitar as emoções para suportar tudo que estava acontecendo, não deve ter sido fácil ser abandonado pela mãe aos 8 anos, sentir-se sozinho. Acho que você usou os recursos que tinha para sobreviver, evitou sentir... Mas, aqui na sessão, esse modo o impede de ir adiante, faz eu me afastar de você, e imagino que as outras pessoas também... Imagino que esse modo esteja funcionando a favor do seu esquema, fazendo você se sentir sozinho novamente. Mas agora sei que você tem mais recursos e consegue enfrentar essa situação, e eu posso ajudar nisso. Quem sabe possamos iniciar essa mudança aqui? Você pode tentar me falar sobre seus sentimentos nesta semana?”

A ideia é que se promova uma ressonância entre a maneira como o paciente está agindo e os objetivos que ele almeja, mostrando que são incongruentes. Deve-se demonstrar tal incongruência, aproximando-se do paciente e incluindo-se na responsabilidade pelo processo de mudança. É possível dizer: “Compreendo a razão pela qual você utilizou essas estratégias, elas eram coerentes com o que acontecia na sua infância, e, agora, tendo consciência de que elas não funcionam mais na atual realidade, temos responsabilidade de mudá-las”.

Após realizar uma confrontação, uma ferramenta importante é o *feedback*. É extremamente útil para a relação que se saiba o que o paciente sentiu ao ouvir o terapeuta. O paciente precisa sentir-se à vontade para expressar as emoções tanto positivas quanto negativas em torno daquilo que o profissional expõe, estabelecendo uma conexão verdadeira entre os dois (Leaman, 1978).

Em resumo, a CE é um dos principais instrumentos em TE, capaz de proporcionar acolhimento ao mesmo tempo que constrói o processo de transformação no paciente. Ao se utilizar esse estilo terapêutico, facilita-se a compreensão do funcionamento do paciente e, igualmente, inicia-se a mudança de seus padrões.

ARMADILHAS E DICAS

Não prometa algo que não consiga cumprir! O terapeuta não pode ser um pai negligente.

Seja uma pessoa real! O profissional não deve tentar desempenhar um papel. É necessário que, em determinado momento, demonstre seus sentimentos genuinamente.

Não repita a relação que o paciente experimentou com seus pais! Caso não haja uma boa interação entre os esquemas do terapeuta e do paciente, uma boa opção poderá ser o encaminhamento.

Lembre-se: os modos criança sempre devem ser validados, e não combatidos.

Faça elogios genuínos! Elogie quando realmente observar algo positivo no paciente, caso contrário ele identificará a simulação, obtendo-se o efeito oposto: seu afastamento.

Conheça bem as necessidades de seu paciente! Não é porque ele está exigindo algo do terapeuta que esta é sua real necessidade. O profissional deve saber identificar o que será melhor para o paciente.

Ligue para o paciente após uma sessão emocionalmente intensa; isso demonstra preocupação e cuidado.

Quanto mais esquemas do domínio de desconexão e rejeição estiverem presentes, maior será a importância da RL.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação terapêutica é o centro de todo o processo psicoterápico em TE. A partir dessa afirmação, fica evidente que a RL e a CE são ferramentas preciosas ao terapeuta, sendo necessário incorporá-las ao seu estilo terapêutico.

O terapeuta do esquema precisa estar preparado para desempenhar grandes tarefas, como promover um ambiente de aceitação e empatia ao mesmo tempo que facilita o *insight*; validar as emoções do paciente; e disponibilizar os recursos necessários para a reparação das relações significativas. Desse modo, ser terapeuta do esquema exige que o profissional aplique a si próprio em muitos momentos da sessão, não havendo técnica que possa encobri-lo (Leahy, 2008).

Em TE, o terapeuta deve estar pessoalmente preparado para suportar intensas emoções ao longo da sessão, utilizando muito de sua capacidade emocional e envolvimento ético. Essas são ferramentas e/ou estilos

terapêuticos fundamentais para que se estabeleça uma relação significativa capaz de reparar as relações disfuncionais do passado.

REFERÊNCIAS

- Ainsworth, M. D. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46(4), 331-341. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.46.4.333>
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Alexander, F., & French T. (1965). *Terapêutica psicanalítica*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Arntz, A. (2011). Imagery rescripting for personality disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4), 466-481.
- Arntz, A., & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: Theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37(8), 715-740.
- Behary, W. T. (2006). The art of empathic confrontation: Working with the narcissistic client. *Psychotherapy Networker*, 30(2), 75-81.
- Bernstein, D. P., Arntz, A., & Kuelen-de Vos, M. (2007). Schema focused therapy in forensic settings: Theoretical model and recommendations for best clinical practice. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6(2), 169-183.
- Bowlby, J. (1969/1990). *Apego e perda: Apego - a natureza do vínculo* (Vol. 1). São Paulo: Martins Fontes.
- Chu, J. A. (1992). Empathic confrontation in the treatment of childhood abuse survivors, including a tribute to the legacy of Dr. David Caul. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 5(2), 98-103. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/1794/1643>
- Dalbem, J. X., & Dell'Aglío, D. D. (2005). Teoria do apego: Bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 57(1), 12-24. Recuperado de: <http://seer.psicologia.ufjf.br/index.php/abp/article/view/40/57>
- Edwards, D., & Arntz, A. (2012). Schema therapy in historical perspective. In M. F. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice* (pp. 3-26). Malden: Wiley-Blackwell.
- Farrell, J. M., & Shaw, I. A. (2012). *Group schema therapy for borderline personality disorder: A step-by-step treatment manual with patient workbook*. Malden: Wiley-Blackwell.
- Farrell, J. M., Reiss, N., & Shaw, I. A. (2014). *The schema therapy clinician's guide: A complete resource for building and delivering individual, group and integrated schema mode treatment programs*. Malden: Wiley Blackwell.
- Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 445-458.
- Leahy, R. L. (2008). *Superando a resistência em terapia cognitiva*. São Paulo: LMP.
- Leaman, D. R. (1978). Confrontation in counseling. *The Personnel and Guidance Journal*, 56(10), 630-633.
- McGinn, L. K., Young, J. E. (2012). Terapia focada em esquemas. In P. M. Salkovskis, *Fronteiras da terapia cognitiva* (2. ed., pp. 179-200). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Nadort, M., van Genderen, H., & Behary, W. (2012). Training and supervision in Schema Therapy. In M. F. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Willey-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice* (pp. 453-462). Malden: Wiley-Blackwell.
- Rogers, C. (1951). Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory. Boston: Houghton Mifflin.
- Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 104-115.
- van Genderen, H., Rijkers, M., & Arntz, A. (2012) Theoretical model: Schemas, coping styles and modes. In M. F. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Willey-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice* (pp. 173-184). Malden: Wiley-Blackwell.
- Vyskocilova, J., & Prasko, J. (2013). Countertransference, schema modes and ethical considerations in cognitive behavioral therapy. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*, 55 (1-2), 33-39. Recuperado de: <http://www.rediviva.sav.sk/55i1/33.pdf>
- Weertman, A. (2012). The use of experiential techniques for diagnostics. In M. F. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Willey-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice* (pp. 101-110). Malden: Wiley-Blackwell.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M.E. (2008). *Terapia do esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.



capítulo 6

ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DOS ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS

Kelly Paim
Maria Eugênia Korndörfer Copetti

A primeira fase do tratamento na terapia do esquema (TE) consiste em uma ampla avaliação do paciente. O entendimento de caso inclui, além da identificação dos sintomas atuais, a compreensão das origens da sintomatologia, considerando que os esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) estão por trás dos padrões emocionais e comportamentais problemáticos (Cecero & Young, 2001; McGinn & Young, 2012; Young & Behary, 1998; Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Desse modo, o acesso e a compreensão dos padrões cognitivos mais enraizados e profundos são indispensáveis no processo terapêutico; além disso, não é suficiente a identificação apenas racional dos EIDs; é preciso que o indivíduo os vivencie emocionalmente.

No entanto, identificar os EIDs, principalmente os primários, pode ser um trabalho árduo, que exige do profissional habilidades e métodos consistentes para desativar estratégias de enfrentamento desadaptativas, hiperdesenvolvidas ao longo da vida como forma de proteção ante as dores das necessidades emocionais não atendidas. Com a utilização de estratégias de hipercompensação e evitação, geralmente de forma inconsciente e não intencional, os pacientes continuam “mascarando” seus esquemas nucleares. Assim, é bastante comum, por exemplo, que um EID muito forte tenha pontuação insignificante em um ou mais inventários (que serão explicados ao longo do capítulo), ou mesmo que um episódio traumático de vida seja minimizado e contado sem qualquer emoção no relato do paciente. Portanto, o terapeuta precisa estar atento e preparado para utilizar múltiplos recursos a

fim de entender o caso, e, para tanto, medidas de avaliação cognitivas, vivenciais (emocionais) e comportamentais, bem como a observação da relação terapêutica e das reações emocionais expressas pelo paciente na sessão, são recursos que devem ser utilizados.

Uma avaliação simplista ou errônea pode gerar consequências danosas à evolução da terapia, já que a identificação precisa dos EIDs é necessária para a escolha das intervenções na fase de mudança. Pensando nisso, este capítulo abordará as principais estratégias de acesso aos EIDs, o que é, sem dúvida, um processo minucioso e repleto de obstáculos.

A IMPORTÂNCIA DA ALIANÇA TERAPÊUTICA NO ACESSO AOS EIDs

Para que seja possível diminuir a resistência e obter acesso aos EIDs do paciente, o terapeuta deve ter uma postura atenta, calma, compreensível e empática. A ativação emocional esquemática é desconfortável, e, para muitos, reviver sensações dolorosas é bastante difícil; entendendo isso, o profissional deve validar as dificuldades do paciente, respeitando o tempo necessário para cada indivíduo. Quando o paciente se sente respeitado e validado nas suas dificuldades quanto à terapia, a aliança será fortalecida, facilitando a progressão da identificação e acesso aos esquemas primários. Por esse motivo, no *feedback* de cada sessão, é importante checar como o paciente se sentiu. Intervenções que podem ser utilizadas ante a dificuldade do paciente em acessar seus esquemas nucleares incluem: “Talvez ainda seja difícil para você fazer o exercício de imagem; não se preocupe, vamos deixar para outro momento”; “Isso é realmente bastante difícil”; “Percebi que foi muito desconfortável para você falar sobre isso, e eu consigo compreender, pois é mesmo difícil reviver situações dolorosas”; “Algo que perguntei o deixou desconfortável? Fique à vontade para me dizer quando isso acontecer”; “A terapia tem momentos difíceis, não é mesmo? Eu entendo você”.

O acesso aos EIDs se torna mais fácil quando o paciente estiver se sentindo seguro, aceito e compreendido. O terapeuta deve expressar empatia e validar o conteúdo trazido, não somente por meio das intervenções verbais, mas também de detalhes como o tom de voz, postura e expressões faciais. O

entendimento empático deve ocorrer em todos os momentos na interação, em uma sintonia que estimule a autoaceitação (Falcone, Gil, & Ferreira, 2007).

EXEMPLO CLÍNICO

Carlos, 29 anos, procura atendimento por sintomas depressivos. Ao ser questionado sobre estressores atuais, conta que há um mês descobriu que sua namorada o havia traído.

Paciente: Sei que foi muito errado e que eu parecia um louco, mas acabei olhando o celular dela escondido.

Terapeuta: Como você estava se sentindo?

Paciente: Muito ansioso.

Terapeuta: Você devia estar sofrendo muito nesse momento.

Paciente: Sim, estava desesperado.

Terapeuta: Que coisas passavam pela sua cabeça naquele momento?

Paciente: Pode rir, mas eu ainda acreditava que poderia ser mentira, pois queria muito ficar com ela.

Terapeuta: Eu não tenho vontade de rir disso, pelo contrário, é totalmente compreensível que você queira acreditar na pessoa de quem gosta.

Paciente: Sim, estou muito triste. Isso sempre acontece nas minhas relações.

No exemplo descrito, em vez de apenas avaliar as consequências do comportamento de olhar o celular da namorada, o terapeuta buscou uma compreensão empática, evocando as emoções, as necessidades e os pensamentos automáticos que desencadearam tal estratégia comportamental. Diante dessa perspectiva, é tarefa do profissional conectar, de maneira empática, as queixas do paciente a um padrão de funcionamento esquemático, ressaltando sempre o papel adaptativo do desenvolvimento dos EIDs e das estratégias de enfrentamento nas vivências infantis. Em contrapartida, uma postura crítica ou desconectada desencadeia o uso de estratégias defensivas de evitação ou hipercompensação do esquema, impedindo o acesso ao modo mais vulnerável no paciente.

AVALIAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DOS EIDs POR ANÁLISE SITUACIONAL E AUTOMONITORAMENTO

Assim como na terapia cognitivo-comportamental tradicional, na TE também se utiliza bastante o automonitoramento para que o paciente perceba suas reações emocionais e identifique pensamentos, imagens, significados e

reações físicas relacionados (Hoffart, 2012). Os EIDs envolvem padrões de reações que são acionados em muitas situações cotidianas e desencadeiam inúmeros pensamentos disfuncionais, bem como estratégias de enfrentamento das adaptativas. Entretanto, a avaliação e a identificação dos EIDs pela análise situacional requerem o uso maciço da flecha descendente, com o foco maior na emoção e no acesso a crenças nucleares.

Uma possível introdução à análise situacional poderia ser: “Você disse que é difícil confiar nas pessoas. Podemos analisar isso mais a fundo?” ou “Quando você sente isso? Pode me dar um exemplo?”. O terapeuta escolhe duas ou três situações mencionadas pelo paciente e procura um episódio recente, do qual o sujeito lembre detalhes, para ser analisado. Ao examinar a situação, a exploração dos significados dos pensamentos automáticos e imagens mentais, por flecha descendente, pode ajudar a chegar aos EIDs nucleares. Exemplos de intervenções utilizadas: “Se isso fosse verdade (pensamento automático), o que significa para você?”; “Se isso acontecesse realmente, o que mostraria a seu respeito?”; “Se isso fosse real, o que diria sobre sua pessoa?”; “O que poderia acontecer então? Do que você tem medo?”.

Já a análise do comportamento indica como o paciente tenta evitar, compensar ou atenuar a ativação dos seus EIDs, ou seja, suas estratégias de enfrentamento desadaptativas. Identificar as funções das estratégias comportamentais e a quais EIDs estão “servindo” também é importante no entendimento do caso. As seguintes intervenções podem ser usadas: “Quando você tem um encontro, o que pensa que lhe acontecerá?”; “Em seu corpo?”; “Em sua mente?”; “Você faz alguma coisa para prevenir que essas coisas aconteçam?”; “O que você busca com esse comportamento?” (Hoffart, 2012).

Ainda com a análise situacional, é importante que toda reação emocional intensa seja considerada pelo terapeuta, já que ela pode indicar ativação esquemática. Dessa forma, a emoção expressa pelo paciente pode servir como uma pista para a compreensão do EID ativado, como mostra o Quadro 6.1.

QUADRO 6.1

Emoções e sentimentos mais frequentes em cada EID

EIDs	Emoções e sentimentos frequentes
Abandono	Medo, raiva, tristeza e desespero
Desconfiança/abuso	Medo, raiva, solidão, ciúmes e desamparo

Privação emocional	Solidão, desamparo, tristeza e raiva
Defectividade/vergonha	Vergonha, tristeza e ansiedade
Isolamento social	Solidão, ansiedade, raiva e vergonha
Dependência/incompetência	Ansiedade e insegurança
Fracasso	Tristeza, ansiedade, raiva, vergonha e inveja
Emaranhamento	Ansiedade, culpa e raiva
Vulnerabilidade	Ansiedade
Autodisciplina/autocontrole insuficientes	Ansiedade, irritação, raiva
Grandiosidade/arrogância	Raiva, solidão, ansiedade
Subjugação	Culpa, raiva e ansiedade
Autossacrifício	Culpa e ansiedade
Busca de aprovação	Ansiedade, tristeza, ciúmes e inveja
Padrões inflexíveis	Raiva, ansiedade e culpa
Inibição emocional	Vergonha, medo e solidão
Negativismo	Ansiedade e tristeza
Postura punitiva	Raiva, culpa e tristeza

Fonte: Adaptado de McKay, Lev e Skeen (2012).

Durante a sessão, a ativação esquemática é visível na intensidade emocional da resposta do paciente e pode ser visualizada não somente no conteúdo do que ele comunica como também em sua postura, seu tom de voz e seu olhar. Nesse momento, é importante que o terapeuta se mostre sensível e atento ao que está acontecendo. Essa sensação despertada no paciente deve ser explorada e conectada com outras experiências atuais e passadas; com isso, o profissional auxilia para que haja uma compreensão de padrão de funcionamento esquemático autoperpetuado, como mostra o exemplo a seguir.

EXEMPLO CLÍNICO

Viviane, 43 anos, procura atendimento por explosões de raiva que, segundo ela, estão cada vez mais frequentes.

Terapeuta: Você me contou que, em seus relacionamentos, sempre se vê em posição inferior. Por exemplo, disse que seu marido não a considera e nunca satisfaz suas necessidades sexuais ou emocionais. Suas amigas parecem não querer encontrá-la, e você também me contou como seu pai a ignorava quando estava deprimida. Existe algum padrão aqui?

Paciente: Sim, as pessoas não se importam comigo.

Terapeuta:

Ok, então é isso que você percebe em suas relações. Mas existe um padrão na forma como você se vê nos relacionamentos?

Paciente: Acho que me vejo como alguém que nunca consegue ser considerada.

Terapeuta: Quando pensa sobre esse padrão de nunca ser considerada, isso a faz pensar algo sobre si mesma?

Paciente: Que não tenho ninguém para contar.

Terapeuta: Ok, então se você se vê como não tendo ninguém para contar, isso a faz pensar algo sobre si mesma?

Paciente: Acho que não sou importante.

Terapeuta: Por que você não seria importante?

Paciente: Porque sou chata, desinteressante e nunca fui tão bonita quanto minha irmã mais velha, que atraía a atenção de todos.

Terapeuta: Então essa é a visão que tem de si mesma: chata, sem atrativos e que, por isso, suas necessidades não são importantes nem serão consideradas pelos outros?

Paciente: Nunca tinha colocado nesses termos antes. Mas é assim que vejo, eu suponho. Quem poderia gostar de uma criança chata e desinteressante?

Terapeuta: Então você se vê como realmente não merecedora de amor. Poderia ser essa a razão pela qual costuma desistir das relações, ter ataques de raiva ou relacionamentos que não satisfazem suas necessidades?

Paciente: Sim, isso apenas se autoalimenta, não?

Terapeuta: Isso se retroalimenta em sua crença negativa sobre si mesma: sou chata e desinteressante, não sou digna de amor, minhas necessidades não contam, as pessoas não satisfazem minhas necessidades, e isso prova minha teoria. Isso faz sentido para você?

Paciente: Claro, sempre acontecendo da mesma maneira.

Terapeuta: Sua visão sobre si mesma como alguém chata, desinteressante e indigna de amor é o que chamamos de esquema pessoal ou autoconceito.

Esse esquema é mantido pela forma como se relaciona com as pessoas.

Sua visão pessoal ou esquema de si mesma como defectiva e indigna de amor é mantida.

Ao longo da identificação dos EIDs, os pacientes começam a observar as influências deles em suas vidas e em seus cotidianos, e essa visão lhes possibilita reconhecer a ativação automática e a generalização desse padrão disfuncional, mesmo que ainda não tenham as ferramentas necessárias para modificá-lo (Hoffart, 2012). Para auxiliar nesse objetivo, o terapeuta pode solicitar que o paciente construa um diário de esquemas, no qual registra suas sensações, ativações esquemáticas, pensamentos e comportamentos. Em um modelo mais avançado de automonitoramento de esquemas, o profissional pode incluir memórias infantis relacionadas à situação atual, como no modelo sugerido no Quadro 6.2.

AVALIAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DOS EIDs PELA HISTÓRIA DE VIDA

A análise situacional representa uma aproximação temporal horizontal para acessar os EIDs e as estratégias de enfrentamento. Com o foco no passado, o terapeuta complementa a análise situacional com uma aproximação vertical por meio da história de vida do paciente, buscando as origens dos esquemas (Hoffart, 2012; Weertman, 2012). Para a TE, as sensações esquemáticas atuais e as estratégias de enfrentamento devem ser identificadas ao longo do relato de vida do sujeito, sempre as relacionando com as queixas atuais (Young, 1990).

O profissional deve escutar empaticamente a história de vida e ficar atento às reações emocionais, o que tende a proporcionar sensações de validação e acolhimento no paciente. Para isso, é importante um tom de voz suave e afetivo, bem como comentários e expressões emocionais validadores das dificuldades e emoções. Para facilitar que o paciente fale sobre sua história, o terapeuta deve fazer perguntas abertas e ajudá-lo a expressar suas necessidades e emoções. Por exemplo, o profissional pode perguntar: “O que você está sentindo ao se lembrar disso?”; “Deve ser difícil falar sobre isso; como se sente?”. O paciente se sente validado pelas reações emocionais do terapeuta, as quais incluem verbalizações e exclamações como: “Deve ter sido muito difícil para você”. Cada estado emocional deve ser reconhecido e compartilhado, e devem ser feitas declarações que confirmem a naturalidade dos sentimentos: “Não é à toa que você estava assustada”; “Eu acho que isso foi uma coisa muito desagradável de viver”.

O processo de retorno às origens dos EIDs tem vários objetivos: identificar os EIDs do paciente, suas necessidades emocionais não atendidas e suas estratégias de enfrentamento; ter acesso às experiências infantis centrais; conduzir à exposição das emoções conectadas às experiências infantis; e fortalecer o vínculo com o terapeuta (Hoffart, 2012). É indicado, sobretudo no caso de pacientes muito evitativos, que o profissional comece com situações ativadoras atuais e, de modo gradual, vá voltando cronologicamente ao passado, até que chegue às privações mais primitivas (Young et al., 2003). Perguntas que facilitam esse acesso incluem: “Você lembra outras situações na sua vida em que se sentiu de forma semelhante?”;

“Essa dificuldade lhe é familiar?”; “Como foram seus outros relacionamentos?”; “Você já sentiu isso em outros momentos? Quais?”.

QUADRO 6.2
Modelo de automonitoramento de esquemas

Dia	Situação	Pensamentos	Sensações emocionais	Reações físicas	Memórias infantis relacionadas à situação	Esquema ativado
Segunda-feira	Reunião no trabalho novo	Eu não consigo entender o que estão falando. Sou muito burra. Eu não deveria estar aqui.	Assustada Ansiosa	Calor. Não sinto mais meu corpo.	No colégio, a professora criticava minhas notas para toda a turma ouvir. Sentia-me muito humilhada e burra.	Fracasso

Fonte: Adaptado de Farrell, Reiss e Shaw (2014).

AVALIAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DOS EIDs POR INVENTÁRIOS

Os inventários utilizados na TE podem fornecer informações clínicas relevantes sobre o funcionamento esquemático do paciente. Esses materiais podem servir de auxílio para o terapeuta formular e confirmar suas hipóteses ou de “porta de entrada” para a exploração dos EIDs e suas origens. Geralmente, o preenchimento é solicitado como tarefa de casa, e a análise das respostas é feita nas sessões posteriores. Embora existam escores quantitativos, a utilização deve ter uma compreensão qualitativa e ser complementar aos outros métodos avaliativos, pois os escores, interpretados de forma isolada, não são suficientes para afirmar que um paciente tem um EID. Assim, a utilização clínica dos inventários visa, principalmente, à exploração de conteúdos e processos cognitivos a partir de suas questões (Rijo & Pinto Gouveia, 1999; Sheffield & Waller, 2012).

Todos os inventários são medidas autoavaliativas, e o paciente pontua em uma escala likert (até seis pontos) o quanto se identifica com cada sentença. É comum que os pacientes utilizem estratégias evitativas, como, por exemplo, preencher em um ambiente com muitos estímulos e distrações. Desse modo, não é raro que alguns EIDs extremamente fortes tenham uma pontuação pouco significativa ou muito baixa. Em contrapartida, os pacientes menos evitativos e de fácil ativação emocional podem apresentar sensações esquemáticas bastante desconfortáveis no momento do preenchimento

(Young et al., 2003); por isso, na solicitação do preenchimento dos inventários, o terapeuta deve orientar:

1. as questões podem gerar desconforto emocional significativo;
2. as respostas devem ser dadas de forma mais emocional do que racional;
3. o preenchimento deve acontecer em um ambiente silencioso e com poucos estímulos;
4. quaisquer dúvidas, questionamentos ou considerações devem ser anotados para conversar com o terapeuta.

Questionário de Esquemas de Young (Young Schema Questionnaire – YSQ)

Descrição: Os itens do Questionário de Esquemas correspondem a crenças e pressupostos típicos de cada EID. Ele pode ser encontrado em diferentes versões para adultos e em algumas versões adaptadas para crianças e adolescentes (Rijkeboer & de Boo, 2009; Young et al., 2003). A vantagem das versões mais longas do questionário para adultos é que o maior número de questões consegue abranger nuances mais sutis de cada EID, contudo, as formas reduzidas são mais rápidas, menos cansativas e contêm as sentenças mais representativas de cada EID. A versão reduzida, com 90 questões (YSQ-S3), que avalia os 18 esquemas para adultos, encontra-se disponível no Anexo 1. Em sua maioria, os achados vinculados ao Questionário de Esquemas de Young demonstram resultados favoráveis quanto à consistência interna da escala e no que tange à sensibilidade discriminativa, considerando as diferenças entre grupos clínicos e não clínicos (Cazassa & Oliveira, 2008).

Interpretação dos resultados: Segundo Young e colaboradores (2003), embora os resultados possam ser interpretados a partir da média de cada esquema (a folha de correção do questionário de 90 itens encontra-se no Anexo 2), classificando um EID ativado a partir de escore médio de 4,5, é importante que o questionário também seja analisado de forma qualitativa, considerando as frases com maior escore. Caso o paciente apresente três ou mais escores altos (5 ou 6) em determinado conjunto, é provável que ele tenha o esquema em questão. Então, a correção do questionário deve ser realizada de forma interpretativa, ou seja, o terapeuta observa as questões com pontuação alta (geralmente 5 ou 6) buscando entender a relevância dos

EIDs em termos de padrões de funcionamento cognitivo e emocional. Caso alguma hipótese do terapeuta não se confirme, as questões referentes ao provável EID devem ser revisadas para checar uma evitação esquemática. É importante salientar que o questionário tem como objetivo assinalar os EIDs ativados naquele momento, podendo haver alteração do resultado se aplicado em ocasiões diferentes.

Intervenções exploratórias: Após aplicar o questionário, o terapeuta deve utilizar as sentenças para induzir o paciente a falar a respeito dos seus esquemas. Isso pode acontecer por meio de perguntas como: “De que forma isso aparece na sua história?”; “E, no momento, como isso é visível?”; “Você pode me descrever em que momentos se sentiu assim?”; “Atualmente, em que momentos você ainda sente isso?”.

Cuidados: Um ponto negativo na utilização do questionário é a possibilidade de ele apresentar um falso resultado. Para alguns pacientes, responder ao questionário pode ser desencadeador de respostas de enfrentamento desadaptativas, como a evitação ou a hipercompensação. Em outros casos, os pacientes não conseguem se identificar com as frases ou não têm consciência de que funcionam daquela forma. Existe ainda a possibilidade de que o paciente oscile em seus modos de funcionamento, acabando por não ter clareza quanto ao escore que deve assinalar. Por fim, é importante ter cuidado com aqueles pacientes muito reativos emocionalmente, pois as questões desse questionário podem desencadear sentimentos bastante intensos e desconfortáveis. Nesses casos, sugere-se que o terapeuta solicite ao paciente que responda a certo número de questões a cada semana ou que o preencha durante a sessão (Young et al., 2003).

Inventário Parental de Young (Young Parenting Inventory – YPI)

Descrição: O Inventário Parental de Young (Anexo 3) é complementar ao Questionário de Esquemas, sendo utilizado para identificar a origem dos esquemas na infância por meio da retomada de lembranças das experiências com as figuras parentais importantes no desenvolvimento dos EIDs. Também pode ser adaptado para avaliar outras relações significativas de cuidadores

(avós, tios, padrasto, madrasta, irmãos, entre outros), e, para isso, são criadas colunas adicionais (Young et al., 2003).

Interpretação dos resultados: As sentenças estão agrupadas por esquemas, e, abaixo de cada grupo de questões, consta uma sigla para o EID correspondente. Em sua avaliação, terapeuta e paciente discutem todos os itens de alto escore (5 ou 6), buscando exemplos de situações na infância e adolescência em que os pais ou cuidadores agiram daquela forma.

Intervenções exploratórias: Ao fim da avaliação, deve acontecer um completo entendimento da forma com que cada pai ou cuidador contribuiu para a formação de cada EID. As respostas dos dois inventários (Questionário de Esquemas e Inventário Parental) devem ser comparadas, de modo a estimular uma conversa aberta sobre as experiências que originaram os esquemas. Um EID com respostas altas em ambos demonstra a valência do esquema em questão, e isso deve ser sinalizado ao paciente. Já a discrepância de resultados pode indicar estratégias de evitação ou hipercompensação, o que também deve ser averiguado.

Cuidados: Algumas vezes, os pacientes apresentam mais facilidade no preenchimento do Inventário Parental do que no do Questionário dos Esquemas, uma vez que consiste em 72 itens nos quais simplesmente classificam seus pais ou cuidadores em uma série de comportamentos. Em contrapartida, alguns pacientes demonstram pouca crítica sobre os cuidadores ou sentem-se culpados quando conseguem enxergar seus erros. Nesses casos, o terapeuta deve revisar o questionário e ajudar o sujeito a validar suas necessidades emocionais não atendidas.

Inventário de Modos Esquemáticos de Young-Atkinson (Young-Atkinson Mode Inventory – YAMI)

Descrição: O Inventário de Modos Esquemáticos investiga os estilos de interação com o mundo utilizados a partir da ativação de EIDs e suas estratégias de enfrentamento. Com isso, abrange os modos esquemáticos descritos por Jeffrey Young (1990) e propicia uma avaliação bastante ampla do funcionamento esquemático do paciente. O número total de questões é 186, igualmente respondidas em escala likert de 1 a 6, as quais são agrupadas

por modos. Ainda existe outro inventário, chamado Schema Mode Inventory (SMI), que, em sua versão curta, é constituído por 124 itens e avalia a existência de 14 modos esquemáticos. O objetivo dos dois inventários é o mesmo, e a utilização de um deles é o suficiente.

Interpretação dos resultados: Os resultados podem ser interpretados a partir da média do grupo de questões correspondentes a cada modo, entretanto, toda resposta alta (5 ou 6) deve ser considerada na compreensão do caso, complementando os resultados dos inventários citados anteriormente. Então, a partir dos resultados, o terapeuta deve ajudar o paciente a entender quais são os gatilhos para ativação de cada modo.

Intervenções exploratórias: Após aplicar o questionário, o terapeuta deve utilizar as sentenças para induzir o paciente a falar a respeito dos seus modos e quando são ativados. Por exemplo: “Em que momentos isso é visível?”; “Você pode me descrever em que situações você se sente assim?”; “Por que você precisa utilizar esse modo?”; “Você lembra quando começou a agir assim?”; “Onde você aprendeu a agir assim?”.

Cuidados: A dificuldade fundamental desse inventário é que o resultado depende do modo que o paciente está usando no momento do preenchimento; portanto, é provável que essa medida reflita o estado emocional imediato. Por exemplo, um paciente que está no seu modo hipercompensatório de autoengrandecimento não pontuará o seu modo criança vulnerável. Diante dessa perspectiva, o Inventário de Modos Esquemáticos reflete o dinamismo da ativação e desativação dos modos do paciente (Sheffield & Waller, 2012), mas pode ser um ótimo recurso para entender aquele que o sujeito está utilizando no momento.

Inventário de Evitação de Young-Rygh (Young-Rygh Avoidance Inventory – YRAI)

Descrição: O Inventário de Evitação (Anexo 4) é composto por 41 itens que avaliam as estratégias de enfrentamento evitativas do paciente. Seu objetivo principal é discutir e compreender as estratégias cognitivas, comportamentais e emocionais que o paciente utiliza para evitar sentir o desconforto emocional dos EIDs (Young et al., 2003).

Interpretação dos resultados: Sua correção leva em conta todos os escores altos (5 ou 6). Assim, todas as sentenças consideradas representativas devem ser entendidas como estratégias evitativas.

Intervenções exploratórias: Após a aplicação, o terapeuta deve questionar qual a função de cada estratégia evitativa, quando ela é usada e quando foi aprendida. Por exemplo: “Você consegue identificar em que momentos essa estratégia é utilizada?”; “O que você busca com isso?”; “Você consegue lembrar quando começou a fazer isso?”; “Qual era a função dessa estratégia?”.

Inventário de Compensação de Young (Young Compensation Inventory – YCI)

Descrição: O Inventário de Compensação (Anexo 5) busca avaliar, por meio de 48 itens, as estratégias de enfrentamento hipercompensatórias utilizadas pelo paciente.

Interpretação dos resultados: Assim como o Inventário de Evitação, sua correção leva em conta todas as sentenças com pontuação 5 e 6, considerando-as como possíveis estratégias hipercompensatórias (Young et al., 2003).

Intervenções exploratórias: O terapeuta deve buscar os sentimentos dolorosos que são encobertos pela postura hipercompensatória do paciente. Por exemplo: “É possível que controlar seu marido, nesse caso, seja uma forma de lidar com seu próprio medo de abandono?”.

AValiação e Identificação dos EIDs por Imagens Mentais

Quando já existem uma boa aliança terapêutica e um entendimento racional dos EIDs e suas origens, é possível passar para a busca da compreensão emocional, ativando os EIDs na sessão a partir de exercícios vivenciais com imagens mentais (Weertman, 2012; Young et al., 2003). O acesso emocional às sensações do esquema complementa a compreensão intelectual, tanto do paciente quanto do terapeuta, o que é crucial para o tratamento. O objetivo da

técnica com imagens no período de avaliação é permitir ao paciente vivenciar a sensação do seu modo criança, compreendendo emocionalmente a origem dos EIDs, seu impacto e as emoções a eles associadas.

Como alguns EIDs são formados antes mesmo do desenvolvimento da linguagem, muitos pacientes apresentarão dificuldade para descrevê-los em forma de palavras. Essa falta de verbalização torna-se evidente na fase de avaliação, e, por isso, o uso da identificação emocional é tão importante (Weertman, 2012). O uso de imagens mentais é uma ferramenta poderosa para identificação precisa de conteúdos dos esquemas nucleares, além de possibilitar a conexão emocional entre a sensação esquemática e os problemas atuais. As técnicas experienciais, explicadas no Capítulo 7, são estratégias terapêuticas fundamentais na TE, um complemento importante à terapia cognitivo-comportamental tradicional. É necessário ressaltar que, neste capítulo, será descrita e exemplificada a utilização da técnica apenas para o momento de avaliação e identificação dos EIDs.

A seguir, serão descritas algumas observações importantes para a utilização do exercício com imagens mentais para identificação e avaliação dos EIDs (Young et al., 2003).

- É fundamental que o paciente entenda o objetivo do exercício; para isso, o terapeuta deve explicá-lo de forma clara, convincente e honesta.
- O profissional deve checar se o paciente entendeu e concordou com os motivos expostos, bem como questionar as dúvidas e receios. Os pacientes com esquema de desconfiança/abuso merecem um cuidado especial nesse momento, pois, geralmente, ficam muito desconfortáveis por ter de fechar os olhos.
- Quando o paciente demonstra medo ou desconforto em relação ao exercício, o terapeuta deve tranquilizá-lo, propondo-lhe que abra os olhos durante a prática caso sinta necessidade. Ainda com o objetivo de deixar o paciente mais seguro, o profissional também pode propor, se for necessário, que o indivíduo não feche os olhos por completo, apenas os deixe semicerrados.
- O exercício de avaliação por imagens deve sempre ser iniciado e terminado com o lugar seguro, pois, nesse momento, o objetivo é apenas acessar o EIDs, e não repará-los, como acontece na fase de mudança. Dessa forma, o lugar seguro tem o objetivo de relaxamento e

desativação esquemática.

- É importante que o exercício seja feito no início da sessão, pois é preciso que haja tempo suficiente para que a experiência seja discutida e explorada posteriormente. Nesse momento, o terapeuta ajuda o paciente a entender o conteúdo vivenciado, complementando as outras informações já obtidas.
- A conexão entre a sensação desagradável da imagem infantil sempre deve ser relacionada com a situação problemática atual.
- Em alguns casos, o profissional pode orientar a utilização de exercícios de atenção plena para que o paciente retorne ao momento presente.
- Alguns pacientes podem ficar mobilizados emocionalmente por mais tempo; portanto, quando o terapeuta achar conveniente, poderá entrar em contato com o paciente algumas horas após o término da sessão, como demonstração de apoio, e, caso necessário, marcar uma consulta extra.

Os exercícios de imagens podem apresentar variações, dependendo da experiência do terapeuta e particularidades do paciente (Weertman, 2012). Na forma mais tradicional, é iniciado por uma imagem desagradável da infância do paciente, a qual, em seguida, é relacionada a uma imagem desagradável do presente. Em outra variação, o terapeuta pode aproveitar um incômodo manifestado pelo paciente referente a uma situação atual, de modo que a visualização da imagem do presente é o ponto de partida, para, em seguida, buscar uma imagem da infância com a mesma sensação. Um possível *rapport* para o exercício de imagem mental para identificação de esquemas poderia ser: “Eu gostaria de lhe propor um exercício para que possamos entender de forma mais profunda e emocional as origens das suas dificuldades emocionais e dos seus esquemas que identificamos nas últimas sessões. Podemos tentar?”

Instruções para exercício de imagem de identificação dos EIDs

1. Peça para fechar os olhos e relaxar.
2. Solicite uma imagem de algum local seguro (real ou imaginária, do presente ou passado):
“Imagine-se em um lugar seguro. Observe cada detalhe desse lugar. Use apenas imagens, e não palavras ou pensamentos. Deixe as imagens virem sozinhas e relaxe”.

3. Pergunte por detalhes visuais, sentimentos e sensações físicas do lugar seguro: “O que você está vendo? O que está sentindo? Como estão as reações em seu corpo?”.
4. Peça para sair da imagem do lugar seguro e buscar uma imagem da infância que conte com um familiar em uma situação incômoda: “Continue com os olhos fechados e vá apagando essa imagem. Agora, enxergue a si mesmo como uma criança em uma situação que a/o aborrece”.
5. Solicite detalhes da imagem, sentimentos infantis, pensamentos e sensações físicas: “Onde você está? Observe cada detalhe do ambiente. O que está ocorrendo na imagem? O que você está dizendo? O que seu familiar está dizendo? O que ocorre a seguir? Qual é a expressão do seu familiar? O que ele está pensando e sentindo?”.
6. Pergunte o que a criança gostaria que o familiar modificasse ou que fosse diferente na cena: “Pense se tem alguma coisa que você desejaria que seu pai/mãe mudasse nessa imagem”.
7. Solicite que diga isso ao familiar (preferencialmente o paciente, mas pode ser o terapeuta): “Diga isso a ele/ela. Como seu familiar reage?”.
8. Peça para que o paciente foque na sensação infantil: “Mantenha o sentimento em seu corpo. Intensifique-o e saia da imagem”.
9. Solicite que busque uma imagem atual ou da vida adulta em que haja o mesmo sentimento: “Crie a imagem de uma situação em sua vida atual na qual você tem o mesmo sentimento”.
10. Oriente que foque na imagem atual: “O que está acontecendo? O que você está pensando? O que está sentindo? Se tiver mais alguém na imagem, diga a essa pessoa de que forma você gostaria que ela mudasse. Como ela reage?”.
11. Solicite que apague a imagem e volte para o lugar seguro: “Agora, apague a imagem e volte para seu lugar seguro. Aproveite o sentimento de relaxamento”.
12. Peça para abrir os olhos.
13. Converse sobre o EID vivenciado na imagem. Explique brevemente o que significa. Pergunte ao paciente como esse EID está relacionado com problemas atuais.

Quando o indivíduo apresenta muita dificuldade em realizar o exercício, o terapeuta pode iniciar apenas com exercícios de imagens atuais e, com o tempo, acessar retrospectivamente imagens mais antigas e dolorosas. Além disso, com pacientes muito evitativos, é importante que o profissional gaste mais tempo na imagem inicial do lugar seguro, pois o relaxamento ajudará o sujeito a desativar seu modo protetor desligado.

AVALIAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DOS EIDs PELA RELAÇÃO TERAPÊUTICA

Outra poderosa ferramenta utilizada na TE é a própria relação entre o paciente e o terapeuta. Todo conteúdo significativo que aparece nessa convivência deve ser aproveitado com o objetivo de identificar gatilhos, pensamentos e sensações esquemáticas. O profissional deve entender reações emocionais e estratégias comportamentais desadaptativas como

manifestações dos EIDs do paciente, compartilhando sempre suas percepções e sensações vivenciadas na relação. Entretanto, se os EIDs do terapeuta forem ativados, suas estratégias de enfrentamento desadaptativas podem impedir o uso do conteúdo interpessoal para fins terapêuticos e, ao contrário, ocasionar uma dinâmica comum aos outros relacionamentos do paciente, reforçando seus EIDs.

Os EIDs se refletem em comportamentos interpessoais característicos que tendem a surgir na relação terapêutica, como na lista de exemplos a seguir.

Privação emocional: O paciente, acreditando que não terá suas necessidades atendidas, pode faltar à terapia em momentos de crise, omitir ou minimizar seus problemas ou questionar repetidamente sua permanência no tratamento. É um indivíduo que, possivelmente, terá dificuldade em formar um vínculo com o terapeuta. Em contrapartida, se utilizar a estratégia de hipercompensação, pode exigir amparo emocional de forma exagerada e cobrar do profissional, de maneira raivosa, que atenda suas necessidades. Nesse sentindo, é possível que o paciente tenha idealizações amorosas com o terapeuta ou queira uma intimidade que vá além da relação terapêutica.

Abandono: A partir da sensação de que será deixado, o paciente pode abandonar a terapia precocemente. Esses pacientes demonstram dificuldades em tolerar momentos em que o profissional se ausenta, como, por exemplo, as férias. Além disso, podem buscar uma ligação excessiva com o terapeuta, entrando em contato repetidamente fora do horário da consulta e/ou marcando sessões extras.

Defectividade/vergonha: A sensação de que há algo errado consigo e a vergonha excessiva podem fazer o paciente ter dificuldades em estabelecer contato visual, mostrando bastante desconforto durante a sessão. Além disso, tendem a ter dificuldade em mostrar erros e defeitos ao terapeuta, mas, ao mesmo tempo, também ficam desconfortáveis em receber elogios.

Abuso/desconfiança: A crença de que não pode confiar nas pessoas irá se estender ao terapeuta. O paciente pode, por exemplo, desconfiar das anotações e da confidencialidade ou sentir-se abusado pelo profissional quando sentimentos negativos são despertados durante a sessão. Além disso,

são pacientes que terão dificuldades em fechar os olhos e relaxar nas técnicas de imagens mentais.

Isolamento social: A sensação de ser diferente pode dificultar a proximidade e o vínculo na relação, ou, de forma hipercompensatória, o paciente pode querer fazer de tudo para ser semelhante ao terapeuta e mostrar intimidade. Além disso, pode haver resistência por parte do paciente em aceitar determinadas intervenções do profissional, justificando que não funcionará com ele, já que é diferente.

Dependência/incompetência: O paciente tende a fazer questionamentos constantes em busca de soluções para seus problemas, pois a crença de que é incapaz o faz tentar convencer o terapeuta de que não consegue resolver nada sozinho.

Fracasso: O esquema de fracasso pode levar o paciente a não fazer tarefa de casa ou ser displicente com a terapia. Já indivíduos mais hipercompensatórios podem ter dificuldades em aceitar críticas e, até mesmo, entrar em competição com o profissional.

Vulnerabilidade: É possível que um paciente com esse EID não realize determinada tarefa por receio de consequências catastróficas. Além disso, pode ficar bastante ansioso durante a sessão por medo de sentir sensações negativas.

Emaranhamento: O paciente tende a buscar uma relação de mais intimidade com o terapeuta, considerando-o um amigo (ou outro tipo de relação) e tratando-o como tal.

Merecimento/arrogo: A crença de superioridade em relação ao outro pode fazer o paciente buscar um tratamento especial, exigindo mudanças de horário ou tempo extra. Também é comum uma postura de ataque, questionando a competência, a formação e a experiência do terapeuta.

Autodisciplina/autocontrole insuficientes: A dificuldade em manter regras pode aparecer em atrasos frequentes, na falta de compromisso com tarefas de casa ou no desrespeito ao contrato da terapia.

Subjugação: A excessiva submissão pode levar o paciente a concordar com tudo aquilo que o profissional diz, ainda que não entenda ou não concorde. Esses pacientes podem orientar suas condutas buscando agradar o terapeuta, desconsiderando seus objetivos pessoais.

Autossacrifício: O foco excessivo no outro pode levar o paciente a ter uma preocupação exagerada com as necessidades do terapeuta. Pode aparecer também em forma de dificuldade em mostrar desconfortos e dificuldades durante a sessão.

Busca de aprovação: Esse esquema pode fazer o paciente omitir seus problemas, ter dificuldade em mostrar seus fracassos e tentar focar as sessões somente nas suas realizações pessoais. É possível também que ele busque vestir-se de forma a impressionar e que fale excessivamente sobre seus bens materiais.

Negativismo/pessimismo: O foco nos aspectos negativos da vida pode impedir o paciente de acreditar na eficácia do tratamento. Esses pacientes tendem a despertar a sensação de desesperança também no terapeuta.

Caráter punitivo: O paciente pode sentir raiva quando frustrado, buscando punir o terapeuta com atrasos, faltas e inadimplências.

Inibição emocional: A inibição na expressão dos sentimentos pode aparecer na dificuldade do paciente em acessar os conteúdos emocionais. Pode ocorrer também em indivíduos extremamente racionais e intelectualizados.

Padrões inflexíveis: O elevado padrão de exigências pode resultar em pacientes que tentam impor suas ideias ao terapeuta e que constantemente questionam a condução da terapia. São pacientes extremamente controladores.

ARMADILHAS E DICAS

Para que seja possível o acesso aos EIDs, o paciente precisa sentir-se compreendido nas suas dores emocionais. Nessa direção, é fundamental que o terapeuta apresente uma postura afetiva e uma expressão emocional empática.

O profissional deve sempre ficar atento às expressões de emoções dos pacientes, pois são indicativas de ativações esquemáticas.

É importante que o terapeuta esteja preparado para lidar com intensas emoções do paciente, validando-as e acolhendo-as.

Os inventários devem ser usados de forma exploratória e não devem ser interpretados de forma isolada.

A investigação da história de vida, que é fundamental para a identificação dos EIDs, também pode ser feita por uma linha do tempo ou com fotografias de infância.

Filmes, livros e músicas que tenham relação com a história de vida do paciente também costumam ajudar na identificação de seus EIDs. Esses recursos podem ter conteúdos semelhantes a situações vividas ou podem ter sido marcantes em algum momento, trazendo à tona memórias sensoriais. O terapeuta também pode indicar materiais que achar relevante..

Os sonhos carregados de emoções e/ou recorrentes também podem retratar os EIDs do paciente, bem como configurar um ponto de partida para o trabalho com imagens mentais.

Os modos de enfrentamento desadaptativos precisam ser identificados e desativados, pois impedem o acesso aos EIDs primários.

Se o paciente estiver no modo protetor desligado, algumas estratégias podem ser úteis: examinar as vantagens e as desvantagens da utilização desse modo; começar com imagens agradáveis (exposição gradual); buscar a origem do protetor desligado (função na infância); usar a técnica de diálogo entre modos; usar técnicas de regulação emocional (relaxamento e atenção plena).

As técnicas de imagem são muito importantes para pacientes que apresentam dificuldades em se conectar com as emoções.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos pacientes demonstram pouca percepção de seu próprio funcionamento por conta da característica egossintônica dos esquemas, de modo que podem ter dificuldade de identificar e expressar seus problemas. Além disso, a formação dos EIDs antes do desenvolvimento da linguagem dificulta para o paciente codificar em palavras a sensação esquemática. Para que isso ocorra, o terapeuta precisa ajudar na obtenção, além do entendimento racional dos seus EIDs, também do entendimento emocional, acessando as emoções relacionadas a eles.

O acesso aos EIDs pode ser bastante difícil e exigir do profissional muita habilidade para desativar as estratégias de enfrentamento desadaptativas utilizadas pelo paciente a fim de se proteger do sofrimento emocional causado pelo esquema. Alguns casos podem precisar de poucas sessões, enquanto outros podem demandar mais tempo – sobretudo aqueles pacientes que utilizam maciçamente estratégias de hipercompensação e evitação. Uma postura terapêutica atenta, acolhedora, validadora e empática facilita o acesso aos EIDs, pois possibilita que o paciente se sinta seguro e compreendido no seu sofrimento emocional.

Na TE, a busca pelo entendimento do funcionamento esquemático do indivíduo compreende a relação das suas dificuldades atuais com a história de vida, sempre com um olhar atento às necessidades emocionais não supridas na infância, aos EIDs desenvolvidos e às estratégias de enfrentamento

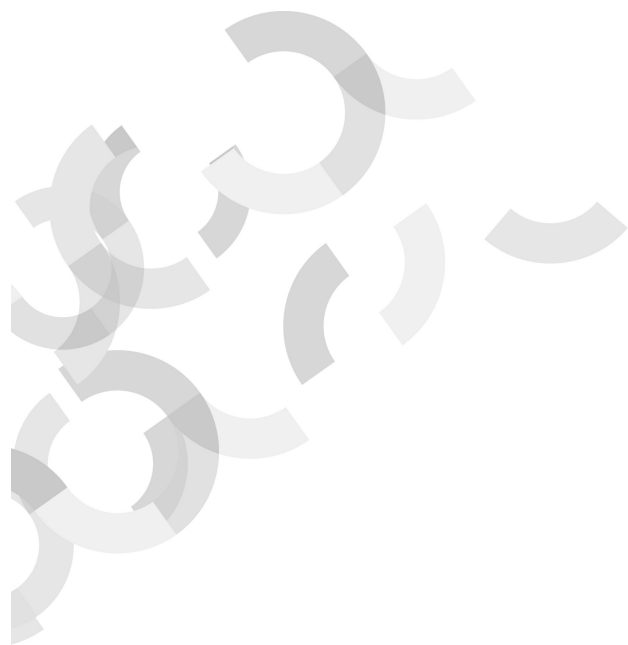
utilizadas para lidar com os esquemas nucleares. Desse modo, o terapeuta deve realizar uma profunda e precisa compreensão de caso, utilizando, para isso, diversos métodos de avaliação.

A avaliação deve ser multifacetada e personalizada, usando medidas vivenciais, comportamentais, interpessoais e de autoavaliação. O uso de questionários e o acesso por imagens mentais de vivências nocivas do passado são recursos muito utilizados; entretanto, outras estratégias também são fundamentais, entre elas a relação terapêutica. Depois disso, ao fim do processo de compreensão dos EIDs, terapeuta e paciente definem, juntos, um plano de tratamento.

REFERÊNCIAS

- Cazassa, M. J., & Oliveira, M. S. (2008). Terapia focada em esquemas: Conceituação e pesquisas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(5), 187-195. Recuperado de: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol35/n5/187.htm>
- Cecero, J. J., & Young, J. E. (2001). Case of Silvia: A schema-focused approach. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(2), 217-229.
- Falcone, E. M. O.; Gil, D. B., & Ferreira, M. C. (2007). Um estudo comparativo da frequência de verbalização empática entre psicoterapeutas de diferentes abordagens teóricas. *Estudos de Psicologia*, 24(4), 451-461. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2007000400005>
- Farrell, J. M., Reiss, N., & Shaw, I. A. (2014). *The schema therapy clinician's guide: A complete resource for building and delivering individual, group and integrated schema mode treatment programs*. Malden: Wiley-Blackwell.
- Hoffart, A. (2012). The case formulation process in schema therapy of chronic axis i disorder (affective/anxiety disorder). In M. F. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Willey-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice* (pp. 69-80), Malden: Wiley-Blackwell.
- McGinn, L. K., & Young, J. E. (2012). Terapia focada em esquemas. In P. M. Salkovskis, *Fronteiras da terapia cognitiva* (2. ed., pp. 179-200). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- McKay, M., Lev, A., & Skeen, M. (2012). *Acceptance and commitment therapy for interpersonal problems: Using mindfulness, acceptance, and schema awareness to change interpersonal behaviors*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Rijkeboer M. M., & de Boo G. M. (2010). Early maladaptive schemas in children: Development and validation of the schema inventory for children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(2), 102-109.
- Rijo, D., & Pinto Gouveia, J. (1999). *A new instrument for the assessment of early maladaptive schemas*. Poster presented to the Society for Psychotherapy Research 30th Annual Meeting, Braga.
- Sheffield, A., & Waller, G. (2012). Clinical use of schema inventories. In M. F. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Willey-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice* (pp. 111-124). Malden: Wiley-Blackwell.

- Weertman, A. (2012). The use of experiential techniques for diagnostics. In M. F. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Willey-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice* (pp. 101-110). Malden: Wiley-Blackwell.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota: Professional Resources Press.
- Young, J. E., & Behary, W. T. (1998). Schema-focused therapy for personality disorders. In N. Tarrier, A. Wells, & G. Haddock. (Eds.), *Treating complex cases: The cognitive behavioural approach* (pp. 340-376). New York: J. Wiley.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy. A practioner's guide*. New York: Guilford Press.



anexo 1

QUESTIONÁRIO DE ESQUEMAS DE YOUNG — YSQ-S3

Jeffrey Young, Ph.D.

(Tradução e adaptação de J. Pinto Gouveia, D. Rijo e M.C. Salvador, 2005, revista)

**CINEICC – Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e
Intervenção Cognitivo-Comportamental; Universidade de Coimbra**

Nome _____ Idade _____ Data _____

Estado Civil _____ Grau de Instrução _____
Profissão _____

INSTRUÇÕES: Estão indicadas, a seguir, algumas afirmações que podemos utilizar quando queremos nos descrever. Por favor, leia cada uma das afirmações e decida até que ponto ela se aplica a você, *ao longo do último ano*. Quando tiver dúvidas, responda baseando-se no que sente emocionalmente, e não no que pensa ser verdade.

Algumas das afirmações referem-se à sua relação com os seus pais ou companheiro(a). Se alguma dessas pessoas faleceu, por favor responda a essas questões com base na relação que tinha

anteriormente com ela. Se, atualmente, não tem um(a) companheiro(a), mas teve relacionamentos amorosos no passado, por favor responda com base no seu relacionamento amoroso significativo mais recente.

Para responder até que ponto a afirmação o(a) descreve, utilize a escala de resposta abaixo indicada, escolhendo, entre as seis respostas possíveis, aquela que melhor se ajusta ao seu caso. Escreva o número da resposta no respectivo espaço em branco.

ESCALA DE RESPOSTA

- 1 = Completamente falso, isto é, não tem absolutamente nada a ver com o que acontece comigo
2 = Falso na maioria das vezes, isto é, não tem quase nada a ver com o que acontece comigo
3 = Ligeiramente mais verdadeiro do que falso, isto é, tem ligeiramente a ver com o que acontece comigo
4 = Moderadamente verdadeiro, isto é, tem moderadamente a ver com o que acontece comigo
5 = Verdadeiro a maioria das vezes, isto é, tem muito a ver com o que acontece comigo
6 = Descreve-me perfeitamente, isto é, tem tudo a ver com o que acontece comigo

1. ____ Não tenho tido ninguém que cuide de mim, que partilhe comigo a sua vida ou que se preocupe realmente com tudo o que me acontece.
2. ____ Costumo apegar-me demasiadamente às pessoas que me são mais próximas porque tenho medo de que elas me abandonem.
3. ____ Sinto que as pessoas vão se aproveitar de mim.
4. ____ Sou um(a) desajustado(a).
5. ____ Nenhum(a) homem/mulher de quem eu goste pode gostar de mim depois de conhecer os meus defeitos ou fraquezas.
6. ____ Quase nada do que faço no trabalho (ou na escola) é tão bom como o que os outros são capazes de fazer.
7. ____ Não me sinto capaz de me virar sozinho(a) no dia a dia.
8. ____ Não consigo deixar de sentir que alguma coisa ruim está para acontecer.
9. ____ Não tenho sido capaz de me separar dos meus pais, tal como fazem as outras pessoas da minha idade.
10. ____ Sinto que, se fizer o que quero, só vou arranjar problemas.
11. ____ Sou sempre eu que acabo por tomar conta das pessoas que me são mais chegadas.
12. ____ Sou demasiado controlado(a) para revelar os meus sentimentos positivos aos outros (p. ex., afeto, mostrar que me preocupo).
13. ____ Tenho que ser o(a) melhor em quase tudo o que faço; não aceito ficar em segundo lugar.
14. ____ Tenho muita dificuldade em aceitar um “não” como resposta quando quero alguma coisa dos outros.
15. ____ Não sou capaz de me forçar a ter disciplina suficiente para cumprir tarefas rotineiras ou entediantes.
16. ____ Ter dinheiro e conhecer pessoas importantes me faz sentir uma pessoa com valor.
17. ____ Mesmo quando as coisas parecem estar correndo bem, sinto que isso é apenas temporário.
18. ____ Se cometer um erro, mereço ser castigado.
19. ____ Não tenho pessoas que me deem carinho, apoio e afeto.
20. ____ Preciso tanto dos outros que me preocupo com o fato de poder perdê-los.
21. ____ Sinto que tenho sempre que me defender na presença dos outros, caso contrário eles me magoarão intencionalmente.
22. ____ Sou fundamentalmente diferente dos outros.

- Ninguém que me agrada gostaria de ficar comigo depois de me conhecer tal como eu sou na
23. ___ realidade.
 24. ___ Sou um(a) incompetente quando se trata de atingir objetivos ou cumprir uma tarefa no trabalho (ou na escola).
 25. ___ Considero-me uma pessoa dependente relativamente ao que tenho que fazer no dia a dia.
 26. ___ Sinto que uma desgraça (natural, criminal, financeira ou médica) pode me atingir a qualquer momento.
 27. ___ Eu e os meus pais temos tendência a nos envolvermos demasiadamente na vida e nos problemas uns dos outros.
 28. ___ Sinto que não tenho outro remédio senão ceder à vontade dos outros, caso contrário, eles irão retaliar, zangar-se ou rejeitar-me de alguma maneira.
 29. ___ Sou uma boa pessoa porque penso mais nos outros do que em mim.
 30. ___ Considero embaraçoso exprimir os meus sentimentos aos outros.
 31. ___ Esforço-me por fazer o melhor; não me contento com ser suficientemente bom.
 32. ___ Sou especial e não deveria ser obrigado(a) a aceitar muitas das restrições ou limitações que são impostas aos outros.
 33. ___ Se não consigo atingir um objetivo, fico facilmente frustrado(a) e desisto.
 34. ___ Aquilo que consigo alcançar tem mais valor para mim se for algo em que os outros reparem.
 35. ___ Se algo de bom acontecer, preocupa-me que esteja para acontecer algo ruim a seguir.
 36. ___ Se não me esforçar ao máximo, é de se esperar que as coisas corram mal.
 37. ___ Tenho sentido que não sou uma pessoa especial para ninguém.
 38. ___ Preocupa-me que as pessoas a quem estou ligado(a) me deixem ou me abandonem.
 39. ___ Mais cedo ou mais tarde, acabarei sendo traído(a) por alguém.
 40. ___ Sinto que não pertença a grupo nenhum; sou um solitário.
 41. ___ Não tenho valor suficiente para merecer o amor, a atenção e o respeito dos outros.
 42. ___ A maioria das pessoas tem mais capacidades do que eu no que diz respeito ao trabalho (ou à escola).
 43. ___ Tenho falta de bom senso.
 44. ___ Preocupa-me poder ser fisicamente agredido por alguém.
 45. ___ É muito difícil, para mim e para os meus pais, termos segredos íntimos que não contamos uns aos outros sem nos sentirmos traídos ou culpados por isso.
 46. ___ Nas minhas relações com os outros deixo que eles me dominem.
 47. ___ Estou tão ocupado(a) fazendo coisas para as pessoas de quem gosto que tenho pouco tempo para mim.
 48. ___ Para mim é difícil ser caloroso(a) e espontâneo(a) com os outros.
 49. ___ Devo estar à altura de todas as minhas responsabilidades e funções.
 50. ___ Detesto ser reprimido(a) ou impedido(a) de fazer o que quero.
 51. ___ Tenho muita dificuldade em abdicar de uma recompensa ou prazer imediato a favor de um objetivo em longo prazo.
 52. ___ Sinto-me pouco importante, a não ser que receba muita atenção dos outros.
 53. ___ Todo o cuidado é pouco; quase sempre alguma coisa corre mal.
 54. ___ Se não fizer bem o que me compete, mereço sofrer as consequências.
 55. ___ Não tenho tido ninguém que me ouça atentamente, que me compreenda ou que perceba os meus verdadeiros sentimentos e necessidades.
 56. ___ Quando sinto que alguém de quem eu gosto está se afastando de mim, sinto-me desesperado.
 57. ___ Sou bastante desconfiado quanto às intenções das outras pessoas.
 58. ___ Sinto-me afastado(a) ou desligado(a) dos outros.
 59. ___ Sinto que nunca poderei ser amado por alguém.

60. ___ Não sou tão talentoso(a) no trabalho como a maioria das pessoas.
61. ___ Não se pode confiar no meu julgamento em situações do dia a dia.
62. ___ Preocupa-me poder perder todo o dinheiro que tenho e ficar muito pobre ou na miséria.
63. ___ Sinto frequentemente como se os meus pais vivessem através de mim — não tenho vida própria.
64. ___ Sempre deixei que os outros escolhessem por mim; por isso, não sei realmente aquilo que quero para mim.
65. ___ Tenho sido sempre eu quem ouve os problemas dos outros.
66. ___ Controlo-me tanto que as pessoas pensam que não tenho sentimentos ou que tenho um coração de pedra.
67. ___ Sinto sobre mim uma pressão constante para fazer coisas e atingir objetivos.
68. ___ Sinto que não deveria ter que seguir as regras e convenções habituais que as outras pessoas têm que seguir.
69. ___ Não consigo me obrigar a fazer coisas de que não gosto, mesmo quando sei que é para o meu bem.
70. ___ Quando faço uma intervenção em uma reunião ou quando sou apresentado a alguém em um grupo, é importante para mim obter reconhecimento e admiração.
71. ___ Por mais que trabalhe, preocupa-me poder ficar na miséria e perder quase tudo o que possuo.
72. ___ Não interessa por que cometi um erro; quando faço algo errado, hei de arcar com as consequências.
73. ___ Não tenho tido uma pessoa forte ou sensata para me dar bons conselhos e me dizer o que fazer quando não tenho certeza da atitude que devo tomar.
74. ___ Por vezes, a preocupação que tenho com o fato de as pessoas poderem me deixar é tão grande que acabo por afastá-las.
75. ___ Estou habitualmente à procura de segundas intenções ou do verdadeiro motivo por detrás do comportamento dos outros.
76. ___ Em grupo, sinto sempre que estou de fora.
77. ___ Sou demasiado inaceitável para poder me mostrar tal como sou às outras pessoas ou para deixar que me conheçam bem.
78. ___ No que diz respeito ao trabalho (ou à escola), não sou tão inteligente como a maior parte das pessoas.
79. ___ Não tenho confiança nas minhas capacidades para resolver problemas que surjam no dia a dia.
80. ___ Preocupa-me poder estar desenvolvendo uma doença grave, ainda que não tenha sido diagnosticado nada de grave pelo médico.
81. ___ Sinto frequentemente que não tenho uma identidade separada da dos meus pais ou companheiro(a).
82. ___ Tenho imenso trabalho para conseguir que os meus sentimentos sejam levados em consideração e os meus direitos sejam respeitados.
83. ___ As outras pessoas consideram que faço muito pelos outros e não faço o suficiente por mim.
84. ___ As pessoas acham que tenho dificuldade em exprimir o que sinto.
85. ___ Não posso descuidar das minhas obrigações de forma leviana nem desculpar-me pelos meus erros.
86. ___ Sinto que o que tenho para oferecer tem mais valor do que aquilo que os outros têm para dar.
87. ___ Raramente tenho sido capaz de levar as minhas decisões até o fim.
88. ___ Receber muitos elogios dos outros faz-me sentir uma pessoa que tem valor.
89. ___ Preocupa-me que uma decisão errada possa provocar uma catástrofe.
90. ___ Sou uma pessoa má que merece ser castigada.

© 2005 Jeffrey Young, Ph. D. Special thanks to Gary Brown, Ph.D., Scott Kellogg, Ph.D., Glenn Waller, Ph.D., and the many other therapists and researchers who contributed items and feedback in the development of the YSQ. Unauthorized reproduction without written consent of the author is prohibited. For more information, write: Schema Therapy Institute, 36 West 44th St., Ste. 1007, New York, NY 10036.



anexo 2

FOLHA PARA CORREÇÕES DO YSQ-S3

Nome do paciente _____ Data _____

Privação Emocional

1 _____ 19 _____ 37 _____ 55 _____ 73 _____ Total _____ Média _____

Abandono

2 _____ 20 _____ 38 _____ 56 _____ 74 _____ Total _____ Média _____

Desconfiança/Abuso

3 _____ 21 _____ 39 _____ 57 _____ 75 _____ Total _____ Média _____

Isolamento Social/Alienação

4 _____ 22 _____ 40 _____ 58 _____ 76 _____ Total _____ Média

Defectividade/Vergonha

5 _____ 23 _____ 41 _____ 59 _____ 77 _____ Total _____ Média

Fracasso

6 _____ 24 _____ 42 _____ 60 _____ 78 _____ Total _____ Média

Dependência/Incompetência

7 _____ 25 _____ 43 _____ 61 _____ 79 _____ Total _____ Média

Vulnerabilidade

8 _____ 26 _____ 44 _____ 62 _____ 80 _____ Total _____ Média

Emaranhamento

9 _____ 27 _____ 45 _____ 63 _____ 81 _____ Total _____ Média

Subjugação

10 _____ 28 _____ 46 _____ 64 _____ 82 _____ Total _____ Média

Autossacrifício

11 _____ 29 _____ 47 _____ 65 _____ 83 _____ Total _____ Média

Inibição Emocional

12 _____ 30 _____ 48 _____ 66 _____ 84 _____ Total _____ Média

Padrões Inflexíveis

13 _____ 31 _____ 49 _____ 67 _____ 85 _____ Total _____ Média

Grandiosidade/Arrogo

14 _____ 32 _____ 50 _____ 68 _____ 86 _____ Total _____ Média

Autocontrole e Autodisciplina Insuficientes

15 _____ 33 _____ 51 _____ 69 _____ 87 _____ Total _____ Média

Busca de Aprovação

16 _____ 34 _____ 52 _____ 70 _____ 88 _____ Total _____ Média

Negativismo

17 _____ 35 _____ 53 _____ 71 _____ 89 _____ Total _____ Média _____

Postura Punitiva

18 _____ 36 _____ 54 _____ 72 _____ 90 _____ Total _____ Média _____



anexo 3

QUESTIONÁRIO DE ESTILOS PARENTAIS

Desenvolvido por Jeffrey Young

(Traduzido e adaptado por M. C. Salvador, D. Rijo e J. Pinto Gouveia, 1996, 2003)

**CINEICC – Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e
Intervenção Cognitivo-Comportamental; Universidade de Coimbra**

Nome _____

Data _____

INSTRUÇÕES: Estão indicadas, a seguir, algumas afirmações que você pode utilizar para descrever os seus pais. Por favor, leia cada uma e decida até que ponto elas os descrevem. Escolha, entre as seis respostas possíveis, aquela que melhor descreve a sua mãe e o seu pai, **quando você era criança**, colocando o respectivo número no espaço em branco. Caso um dos seus pais tenha sido substituído por outra pessoa, responda considerando essa pessoa. Se não teve pai ou mãe, deixe a coluna correspondente em branco.

ESCALA DE RESPOSTA

- 1 = Completamente falso / Não tem absolutamente nada a ver com o que acontecia comigo
 2 = Falso na maioria das vezes / Não tem quase nada a ver com o que acontecia comigo
 3 = Ligeiramente mais verdadeiro do que falso / Tem ligeiramente a ver com o que acontecia comigo
 4 = Moderadamente verdadeiro / Tem moderadamente a ver com o que acontecia comigo
 5 = Verdadeiro a maioria das vezes / Tem muito a ver com o que acontecia comigo
 6 = Descreve-a(o) perfeitamente / Tem tudo a ver com o que acontecia comigo

MÃE PAIDESCRIÇÃO

- | | | |
|-------|-------|--|
| _____ | _____ | 1. Gostava de mim e tratava-me como uma pessoa especial. |
| _____ | _____ | 2. Prestava atenção em mim, passando bastante tempo comigo. |
| _____ | _____ | 3. Dava-me conselhos e orientações úteis. |
| _____ | _____ | 4. Ouvia-me, compreendia-me e partilhava sentimentos comigo. |
| _____ | _____ | 5. Era calorosa(o) e fisicamente afetuosa(o). |
| _____ | _____ | *pe |
| _____ | _____ | 6. Morreu ou abandonou a casa permanentemente quando eu era criança. |
| _____ | _____ | 7. Tinha mau humor, era imprevisível ou era alcoólatra. |
| _____ | _____ | 8. Preferia os meus irmãos a mim. |
| _____ | _____ | 9. Isolava-se ou deixava-me sozinho(a) por longos períodos de tempo |
| _____ | _____ | *ab |
| _____ | _____ | 10. Mentia para mim, enganava-me ou traía-me. |
| _____ | _____ | 11. Abusava física, emocional ou sexualmente de mim. |
| _____ | _____ | 12. Usava-me para satisfazer as suas necessidades emocionais. |
| _____ | _____ | 13. Parecia ter prazer em magoar os outros. |
| _____ | _____ | *da |
| _____ | _____ | 14. Preocupava-se excessivamente com o fato de eu me poder magoar. |
| _____ | _____ | 15. Preocupava-se excessivamente com o fato de eu poder ficar doente. |
| _____ | _____ | 16. Era uma pessoa medrosa ou fóbica. |
| _____ | _____ | 17. Era superprotetor(a). |
| _____ | _____ | *vu |
| _____ | _____ | 18. Fazia-me sentir que eu não podia confiar nas minhas decisões ou opiniões. |
| _____ | _____ | 19. Fazia as coisas por mim em vez de me deixar tentar fazê-las sozinho(a). |
| _____ | _____ | 20. Tratava-me como se eu fosse mais novo(a) do que realmente era. |
| _____ | _____ | *di |
| _____ | _____ | 21. Criticava-me bastante. |
| _____ | _____ | 22. Não me fazia sentir amado(a) ou fazia-me sentir rejeitado(a). |
| _____ | _____ | 23. Tratava-me como se houvesse algo de errado comigo. |
| _____ | _____ | 24. Fazia-me ter vergonha de mim mesmo(a) em aspectos importantes. |
| _____ | _____ | *dv |
| _____ | _____ | 25. Nunca me ensinou a ter a disciplina suficiente para ser bem-sucedido(a) na escola. |
| _____ | _____ | 26. Tratava-me como se eu fosse estúpido(a) ou não tivesse jeito para nada. |
| _____ | _____ | 27. No fundo, não queria que eu fosse bem-sucedido(a). |
| _____ | _____ | 28. Esperava que eu fosse um fracasso na vida. |
| _____ | _____ | *fr |
| _____ | _____ | 29. Tratava-me como se as minhas opiniões ou desejos não importassem. |
| _____ | _____ | 30. Fazia o que queria, independentemente das minhas necessidades. |
| _____ | _____ | 31. Controlava tanto a minha vida que eu tinha pouca liberdade de escolha. |
| _____ | _____ | 32. Tudo tinha que ser como ela(e) queria. |

*sb

33. Sacrificava as suas necessidades para o bem da família.

34. Era incapaz de lidar com a maior parte das responsabilidades diárias, de maneira que eu tinha que fazer mais que a minha parte.

35. Era bastante infeliz e apoiava-se em mim para a(o) confortar e compreender.

36. Fazia-me sentir que eu era forte e que devia cuidar dos outros.

*as

37. Tinha expectativas muito elevadas em relação a si mesma(o).

38. Esperava que eu fizesse sempre o meu melhor.

39. Era perfeccionista em muitas áreas; as coisas tinham que ser daquela maneira, e não de outra.

40. Fazia eu sentir que quase nada do que eu fazia era suficientemente bom.

41. Tinha regras rígidas e estritas acerca do que era correto e do que era errado.

42. Ficava impaciente se as coisas não fossem feitas da forma adequada ou suficientemente rápida.

43. Dava mais importância a fazer as coisas bem do que a divertir-se ou relaxar.

*pr

44. Estragou-me com mimos ou era demasiado indulgente em muitos aspectos.

45. Fazia-me sentir especial, melhor que a maioria das outras pessoas.

46. Era exigente; esperava que as coisas corressem à sua maneira.

47. Não me ensinou que eu tinha responsabilidades para com os outros.

*gr

48. Forneceu-me muito pouca disciplina ou limites.

49. Estabeleceu-me poucas regras ou responsabilidades.

50. Permitia-me ficar muito zangado(a) ou perder o controle.

51. Era uma pessoa indisciplinada.

*ai

52. Éramos tão chegados que compreendíamos um ao outro de uma maneira quase perfeita.

53. Eu sentia que não tinha individualidade suficiente, não me sentindo eu mesmo(a) separado(a) dela(e).

54. Ao longo do meu crescimento, tinha a sensação de que não tinha o meu próprio sentido de orientação de tal forma estava ligado a ela(e).

55. Eu sentia que magoariamos um ao outro se algum de nós se afastasse do outro.

*ei

56. Preocupava-se muito com os problemas financeiros da família.

57. Fazia-me sentir que, se eu cometesse um erro, mesmo que pequeno, algo de ruim poderia acontecer.

58. Tinha uma perspectiva pessimista; esperava frequentemente o pior resultado.

59. Focava-se nos aspectos negativos da vida ou nas coisas que estavam correndo mal. *n/ve

60. Tinha que ter tudo sob controle.

61. Sentia-se desconfortável ao exprimir afeto ou vulnerabilidade.

62. Era estruturada(o) e organizada(o); preferia o que era habitual a mudança.

63. Raramente expressava raiva.

64. Era reservada(o); raramente discutia os seus sentimentos.

*ie

65. Ficaria zangada(o) ou seria bastante crítica(o) se eu fizesse algo errado.

66. Seria punido por ela(e) se eu fizesse algo errado.
67. Xingaria (como, por exemplo, “estúpido(a)” ou “idiota”) se eu cometesse algum erro.
- _____ 68. Culpava as pessoas quando as coisas corriam mal.
*pu
- _____ 69. Preocupava-se com as aparências e o estatuto social.
- _____ 70. Dava muita importância ao sucesso e à competição.
- _____ 71. Preocupava-se com o que os outros pensariam dela(e) por causa do meu comportamento.
- _____ 72. Parecia dar-me mais atenção quando eu sobressaía.
*par

COPYRIGHT 1994 Jeffrey Young, Ph. D. Unauthorized reproduction without written consent of the author is prohibited. For more information, write: Schema Therapy Institute, 120 East 56th St., Ste. 530, New York, NY 10022

**Legenda das siglas dos esquemas iniciais desadaptativos
do Questionário de Estilos Parentais:**

- *pe = Privação emocional (nesses itens, os resultados mais baixos são mais significativos)
- *ab = Abandono
- *da = Desconfiança/abuso
- *vu = Vulnerabilidade
- *di = Dependência/incompetência
- *dv = Defectividade/vergonha
- *fr = Fracasso
- *sb = Subjugação
- *pr = Padrões inflexíveis
- *gr = Grandiosidade/arrogo
- *ai = Autodisciplina e autocontrole insuficientes
- *ei = Emaranhamento
- *n/ve = Negativismo
- *ie = Inibição emocional
- *pu = Postura punitiva
- *par = Busca de aprovação

Observação importante: Os itens referentes ao esquema de privação emocional são os únicos em que os escores mais baixos devem ser considerados como mais significativos.



anexo 4

INVENTÁRIO DE EVITAÇÃO DE YOUNG-RYGH (YRAI-1)

(J. Young & J. Rygh, 1994)

(Tradução e Adaptação de J. Pinto Gouveia, L. Fonseca & M.C. Salvador, 1996, 2003)

**CINEICC – Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e
Intervenção Cognitivo-Comportamental; Universidade de Coimbra**

Nome _____ Idade _____ Data _____

Estado Civil _____ Grau de Instrução _____
Profissão _____

INSTRUÇÕES: Estão indicadas, a seguir, algumas afirmações que podemos utilizar quando queremos nos descrever. Por favor, leia cada uma e decida até que ponto ela o(a) descreve.

Para responder até que ponto a afirmação o(a) descreve, utilize a escala de resposta abaixo indicada, escolhendo, entre as seis respostas possíveis, aquela que melhor se ajusta ao seu caso, colocando depois o número dessa resposta no respectivo espaço em branco.

ESCALA DE RESPOSTA

- 1 = Completamente falso, isto é, não tem absolutamente nada a ver com o que acontece comigo
2 = Falso na maioria das vezes, isto é, não tem quase nada a ver com o que acontece comigo
3 = Ligeiramente mais verdadeiro do que falso, isto é, tem ligeiramente a ver com o que acontece comigo
4 = Moderadamente verdadeiro, isto é, tem moderadamente a ver com o que acontece comigo
5 = Verdadeiro a maioria das vezes, isto é, tem muito a ver com o que acontece comigo
6 = Descreve-me perfeitamente, isto é, tem tudo a ver com o que acontece comigo

EXEMPLO:

A: 4 Tento não pensar em coisas que me aborrecem.

1. Tento não pensar em coisas que me perturbam.
2. Bebo álcool para me acalmar.
3. Sinto-me feliz a maior parte do tempo.
4. Raramente me sinto triste.
5. Valorizo mais as razões do que as emoções (guio-me mais pela cabeça que pelo coração).
6. Acredito que não devo ficar zangado(a), mesmo com pessoas de quem não gosto.
7. Uso drogas para me sentir melhor.
8. Não sinto grande coisa quando recordo a minha infância.
9. Fumo quando estou aborrecido(a).
10. Sofro de problemas gastrintestinais (p. ex., indigestão, úlcera, colite, etc.).
11. Sinto-me entorpecido(a).
12. Tenho muitas vezes dores de cabeça.
13. Isolo-me quando estou zangado(a).
14. Não tenho tanta energia como a maioria das pessoas da minha idade.
15. Sofro de dores musculares.
16. Vejo muita TV quando estou sozinho(a).
17. Acredito que se deve usar a cabeça para controlar as emoções.
18. Não consigo antipatizar fortemente com ninguém.
19. A minha filosofia quando alguma coisa corre mal é pô-la o mais rapidamente para trás das costas e seguir em frente.
20. Afasto-me das pessoas quando me sinto magoado(a).
21. Não me lembro de grande coisa acerca da minha infância.
22. Faço sesta ou durmo bastante durante o dia.
23. Sinto-me melhor quando ando de um lado para o outro; não gosto de estar muito tempo parado(a).
24. Procuro estar sempre ocupado(a) para não me sentir aborrecido(a).
25. Passo a maior parte do tempo sonhando acordado(a).
26. Quando estou aborrecido(a), como para me sentir melhor.
27. Tento não pensar em memórias dolorosas do meu passado.
28. Sinto-me melhor se me mantiver constantemente ocupado(a), sem ter muito tempo para pensar.
29. Tive uma infância muito feliz.
30. Isolo-me quando estou triste.
31. As pessoas dizem que pareço uma avestruz com a cabeça debaixo da areia (em outras palavras, tento não pensar em coisas que me desagradam).
32. Tenho tendência a não pensar sobre as minhas perdas ou desapontamentos.

- 33. _____ Mesmo quando a situação parece justificar emoções fortes, muitas vezes não sinto nada.
- 34. _____ Sou uma pessoa de sorte por ter tido pais tão bons.
- 35. _____ A maior parte do tempo, procuro viver a minha vida sem grandes emoções.
- 36. _____ Muitas vezes compro coisas que não preciso, para levantar o ânimo.
- 37. _____ Tento não me meter em situações difíceis ou que me fazem sentir desconfortável.
- 38. _____ Sinto-me fisicamente doente quando as coisas não correm bem.
- 39. _____ Quando as pessoas me abandonam ou morrem, não me perturbo muito.
- 40. _____ Não me preocupo com o que os outros pensam de mim.

COPYRIGHT 1994 Jeffrey Young, Ph. D., and Jayne Rygh, Ph. D. Unauthorized reproduction without written consent of the authors is prohibited. For more information, write: Schema Therapy Institute, 120 East 56th St., Ste. 530, New York, NY 10022



anexo 5

INVENTÁRIO DE COMPENSAÇÃO DE YOUNG (YCI-1)

(J. Young & J. Rygh)

(Tradução e Adaptação de J. Pinto Gouveia, L. Fonseca & M.C. Salvador, 1996, 2003)

**CINEICC – Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e
Intervenção Cognitivo-Comportamental; Universidade de Coimbra**

Nome _____ Idade _____ Data _____

Estado Civil _____ Grau de Instrução _____
Profissão _____

INSTRUÇÕES: Estão indicadas, a seguir, algumas afirmações que podemos utilizar quando queremos nos descrever. Por favor, leia cada uma e decida até que ponto ela o(a) descreve.

Para responder até que ponto a afirmação o(a) descreve, utilize a escala de resposta indicada abaixo, escolhendo, entre as seis respostas possíveis, aquela que melhor se ajusta ao seu caso, colocando depois o número dessa resposta no respectivo espaço em branco.

ESCALA DE RESPOSTA

- 1 = Completamente falso, isto é, não tem absolutamente nada a ver com o que acontece comigo
 2 = Falso na maioria das vezes, isto é, não tem quase nada a ver com o que acontece comigo
 3 = Ligeiramente mais verdadeiro do que falso, isto é, tem ligeiramente a ver com o que acontece comigo
 4 = Moderadamente verdadeiro, isto é, tem moderadamente a ver com o que acontece comigo
 5 = Verdadeiro a maioria das vezes, isto é, tem muito a ver com o que acontece comigo
 6 = Descreve-me perfeitamente, isto é, tem tudo a ver com o que acontece comigo

EXEMPLO:

de quem eu gosto
 4 Preocupo-me com o fato de as pessoas poderem não gostar de mim.

1. _____ Descarrego as minhas frustrações nas pessoas que me rodeiam.
2. _____ Muitas vezes culpo os outros quando as coisas correm mal.
3. _____ Mostro-me muito zangado(a) quando as pessoas me desiludem ou me traem.
4. _____ Quando fico ofendido(a), não descanso enquanto não me vingar.
5. _____ Quando alguém me critica, ponho-me logo à defesa.
6. _____ É importante que os outros admirem aquilo que eu faço.
7. _____ Os sinais visíveis de sucesso (p. ex., carros luxuosos, roupas, casa) são importantes para mim.
8. _____ Trabalho muito para estar entre os melhores ou os mais bem-sucedidos.
9. _____ É importante para mim ser popular.
10. _____ Muitas vezes tenho fantasias de sucesso, fama, riqueza, poder ou popularidade.
11. _____ Gosto de ser o centro das atenções.
12. _____ Sou mais sedutor do que a média das pessoas.
13. _____ Esforço-me muito para ter a minha vida em ordem (p. ex., organização, estrutura, planificação, rotina).
14. _____ Esforço-me muito para que as coisas não corram mal.
15. _____ Quando tenho que tomar decisões, torturo-me com medo de errar.
16. _____ Sou muito controlador com as pessoas que me rodeiam.
17. _____ Gosto de estar em uma posição em que tenha controle ou autoridade sobre as pessoas que me rodeiam.
18. _____ Não gosto que me digam o que tenho que fazer.
19. _____ Custa-me muito aceitar soluções de compromisso ou ceder.
20. _____ Não gosto de depender de ninguém.
21. _____ Para mim, é crucial tomar as minhas próprias decisões e ser independente.
22. _____ Tenho dificuldade em comprometer-me com uma só pessoa.
23. _____ Gosto de trabalhar por conta própria, para ter liberdade de fazer o que eu quero.
24. _____ Não gosto de me sentir preso(a) a um único emprego ou carreira; gosto de manter as minhas opções em aberto.
25. _____ Habitualmente coloco as minhas necessidades à frente das dos outros.
26. _____ Sou muitas vezes exigente com os outros porque gosto que tudo esteja “muito certinho”.
27. _____ Tenho que fazer como os outros e pensar primeiro em mim.
28. _____ Para mim, é muito importante que o meu ambiente seja confortável (p. ex., temperatura, luz, mobiliário).
29. _____ Considero-me um(a) rebelde/revoltado(a); muitas vezes vou contra a autoridade estabelecida.
30. _____ Não gosto de regras e obtenho satisfação quebrando-as.

31. ____ Gosto de não ser convencional, mesmo que isso seja pouco popular ou que me faça ser posto(a) à parte.
32. ____ Não procuro ter sucesso de acordo com as normas sociais (p. ex., riqueza, realização, popularidade).
33. ____ Sempre me destaquei pela diferença; nunca fui atrás dos outros.
34. ____ Sou uma pessoa muito reservada; não gosto que as pessoas saibam muito acerca da minha vida privada ou sentimentos.
35. ____ Tento sempre parecer forte, mesmo quando me sinto vulnerável ou inseguro(a).
36. ____ Às vezes sou muito possessivo(a) ou agarrado(a) às pessoas que estimo.
37. ____ Sou frequentemente manipulador(a) para conseguir os meus objetivos.
38. ____ Muitas vezes prefiro formas indiretas de obter o que quero, em vez de pedir diretamente.
39. ____ Mantenho os outros a distância, só os deixando conhecer de mim o que eu quero.
40. ____ Sou uma pessoa extremamente crítica.
41. ____ Sinto uma grande pressão para atingir os padrões ou responsabilidades que imponho a mim mesmo(a).
42. ____ Muitas vezes não tenho tato ou sensibilidade ao me expressar.
43. ____ Tento ser sempre otimista; não me deixo “ir abaixo”.
44. ____ Acredito que é importante mostrar “uma cara feliz”, independentemente do que eu sinto de verdade.
45. ____ Muitas vezes sinto inveja ou frustração quando os outros têm mais sucesso ou obtêm mais atenção do que eu.
46. ____ Esforço-me para ter a certeza de que recebo o que me é devido e de que não me enganam.
47. ____ Procuro ser mais esperto(a) do que os outros para que eles não se aproveitem de mim ou não me magoem.
48. ____ Sei exatamente o que hei de dizer ou fazer para que os outros gostem de mim (p. ex., lisonjear, dizer o que querem ouvir).

COPYRIGHT 1995 Jeffrey Young, Ph. D. Unauthorized reproduction without written consent of the author is prohibited. For more information, write: Schema Therapy Institute, 120 East 56th St., Ste. 530, New York, NY 10022



capítulo 7

O TRABALHO COM IMAGENS MENTAIS

Milene Corrêa Petry
Lissia Ana Basso

As imagens mentais têm sido utilizadas como objetivo terapêutico desde o fim do século XIX. Em 1889, Pierre Janet descreveu exemplos de seu trabalho com imagens mentais em *Imagery Substitution*, mas foi ignorado por alguns pesquisadores da época. A partir de métodos da terapia gestalt desenvolvidos por Fritz Perls (1893-1970), os trabalhos com imagens mentais foram adaptados. Suas aplicações atuais nas terapias cognitivas transformaram significativamente esse paradigma (Edwards, 2007), que, por muito tempo, foi visto como não científico. Entretanto, na última década, e com o termo contemporâneo *rescripting imagery*, foram publicados os estudos de eficácia dessas práticas no tratamento de memórias traumáticas, na reestruturação cognitiva e na ressignificação emocional (Arntz, 2011).

Desde então, diversas áreas da psicologia cognitiva contemporânea passaram a considerar o trabalho com imagens mentais uma ferramenta importante tanto na avaliação como no tratamento de sintomas disfuncionais (Brewin et al., 2009; Hackmann, Bennet-Levy, & Holmes, 2011; Young, Klosko, & Weishaar, 2008). O desenvolvimento da terapia do esquema (TE), por exemplo, trouxe a ampliação de várias abordagens psicoterápicas para atender pacientes com problemas caracterológicos crônicos que não obtiveram resultados satisfatórios com a abordagem cognitivo-comportamental (Silberfarb & Pergher, 2011). Young e colaboradores (2008) referem que a TE aborda de forma sistemática a origem dos problemas psicológicos por meio da relação terapêutica, dos estilos de enfrentamento desadaptativos e das técnicas emotivas ou vivenciais.

Entre as técnicas vivenciais, destaca-se o trabalho com imagens mentais, do qual se tem encontrado efeitos favoráveis, que visam ativar emoções conectadas a esquemas desadaptativos remotos (EDRs), bem como

possibilitar a ressignificação e a reparentalização parental limitada (Arntz, 2011; Cooper, 2011; Farrell, Shaw, & Webber, 2009; Holmes & Mathews, 2005; Silberfarb & Pergher, 2011; Young et al., 2008). Neste capítulo, será apresentado, descrito e exemplificado o trabalho com imagens mentais de acordo com os pressupostos da TE.

O INÍCIO DO TRABALHO COM IMAGENS MENTAIS

Um esquema não é totalmente acessível à inspeção consciente, e seu conteúdo não é necessariamente restrito à informação verbal. Experiências de apego precoce contribuem muito para o desenvolvimento de esquemas, os quais, por sua vez, influenciam a forma como o indivíduo regula o estresse e o relacionamento interpessoal e desenvolve confiança e proximidade a outras pessoas. De acordo com a TE, as pessoas formam estruturas de conhecimento sobre o mundo (incluindo a si mesmas) por meio da seleção, do processamento e do significado da informação, além de pela regulação atencional (Arntz, 2015). Essas estruturas constituem-se não apenas de experiências traumáticas ocorridas na infância (abuso, negligência e abandono) como também de necessidades emocionais não atendidas, que muitas vezes originam entendimentos distorcidos e utilizam estratégias de enfrentamento para proteger e minimizar o impacto oriundo do evento. No entanto, elas também acabam por manter um padrão de funcionamento autodestrutivo que gera respostas fisiológicas e emocionais perturbadoras (Hinrichsen, Morrison, Waller, & Schmidt, 2007; Stopa, 2011; Young et al., 2008).

Mesmo que os pacientes identifiquem a situação potencialmente geradora de seus esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) e entendam o que aconteceu de modo racional, pode ocorrer de referirem que, por mais que consigam ter a visualização e o entendimento lógico de que são padrões disfuncionais, ainda sentem e se comportam como se os esquemas fossem verdades absolutas. A partir da TE e das técnicas utilizadas, esses pacientes podem entender seu funcionamento. Assim, o trabalho com imagens mentais objetiva ressignificar memórias autobiográficas de experiências traumáticas e/ou angustiantes para explicar o que aconteceu no evento, em vez de atribuir uma característica negativa de si mesmo, como frequentemente ocorre (Stopa, 2011). Dessa forma, busca-se obter o enfraquecimento das emoções negativas e possibilitar

a satisfação das necessidades emocionais que não foram atendidas na infância (Young et al., 2008).

De acordo com Arntz (2011), vários aspectos desse reprocessamento são importantes, como descrito na Tabela 7.1.

TABELA 7.1

Aspectos de reprocessamento emocional

	Objetivo	Descrição
Reatribuição	Os pacientes passam a atribuir o que aconteceu a causas diferentes em relação a como fizeram quando crianças.	<i>A falta de atenção.</i> A necessidade de segurança emocional não é atribuída à inutilidade inerente do paciente, mas a problemas psicológicos que os pais tinham ao lidar com as emoções. O terapeuta ensina a lidar com as emoções de modo a melhorar as capacidades de regulação emocional do paciente.
Processamento emocional	Experimentar situações difíceis da infância, a fim de possibilitar o processamento emocional, tendo o terapeuta como uma base segura de apoio.	<i>A falta de afeto.</i> As ameaças que os pacientes experimentaram ao expressar emoções e/ou quando procuraram apoio emocional. A rejeição e o abandono quando necessitavam de apego seguro, obviamente, criaram mais emoções negativas.
Recebendo cuidados	Experimentar alguém cuidando deles como uma criança, muitas vezes pela primeira vez em sua vida.	<i>A falta de cuidado.</i> Muitos pacientes foram emocionalmente negligenciados e abusados.
Ressignificando o entendimento da criança	Proporcionar experiências corretivas, a fim de corrigir as representações distorcidas que foram formadas durante a infância.	<i>A falta de compreensão.</i> O contato corporal com uma figura segura é a principal maneira pela qual a segurança e o conforto são transmitidos.
Transformando a regra para a exceção	Os pacientes começam a aprender que seu ambiente era exceção. Uma lógica semelhante vale para questões morais: regras morais que foram entendidas como universais também podem ser alteradas.	<i>A falta de segurança.</i> Crianças tendem a ver seu ambiente primário como uma representação prototípica do mundo em geral. Assim, se seus pais reagem com ameaças às suas necessidades, elas começam a acreditar que todas as pessoas farão isso e que não se pode confiar em ninguém.

Fonte: Adaptada de Arntz (2011).

Para que o trabalho com imagens mentais seja possível, o terapeuta deve prestar informações e esclarecer possíveis dúvidas sobre como essa técnica poderá ser importante, no sentido de auxiliar o paciente a conectar os problemas atuais com suas origens esquemáticas. A seguir, apresentamos o primeiro tópico deste capítulo, a imagem segura.

Imagem segura

A imagem segura é uma estratégia utilizada para proporcionar um momento de conforto, apoio e relaxamento ao paciente no começo e no término do

trabalho com imagens. O terapeuta sugere que o paciente identifique um local seguro, que pode ser uma imagem, um momento em que se sentiu tranquilo e calmo ou mesmo o abraço e a companhia de uma pessoa querida. O que importa é que o paciente possa encontrar seu refúgio (Young et al., 2008).

Contudo, é válido considerar alguns pontos referentes ao uso da imagem segura: trata-se de um processo essencial para que o paciente se familiarize com o modelo do trabalho com imagens mentais, sem que se conecte com os afetos negativos das experiências infantis (Falcone, 2014; Young et al., 2008); além disso, as sessões com imagens mentais devem ser iniciadas e terminadas com a imagem segura, sobretudo em pacientes que tenham vivenciado algum trauma. Por seguinte, finalizar a sessão com a imagem segura permite que os pacientes possam se refugiar dos incômodos que o conteúdo da imagem possa ter gerado (Young et al., 2008). De igual maneira, salienta-se que o terapeuta deve atentar para não ser demasiadamente sugestivo ao auxiliar o paciente na construção da imagem, a fim de evitar influenciar e contaminar o conteúdo imagístico. Young e colaboradores (2008) destacam que instruções devem ser mínimas, porém claras, e que possibilitem ao paciente explorar todas as sensações da cena em questão, conforme observado no exemplo a seguir.

EXEMPLO CLÍNICO

Terapeuta: Por favor, eu gostaria que você fechasse seus olhos e se imaginasse em um lugar onde se sinta seguro e relaxado. Esse local (ou cena) pode ser um lugar real, do seu presente ou passado, ou apenas imaginário. Você consegue se ver nesse local?

Paciente: Sim. Estou em uma praia.

Terapeuta: E quantos anos você tem?

Paciente: 45 anos. Minha idade atual.

Terapeuta: Eu gostaria que você tentasse sentir todas as sensações possíveis desse lugar, como a temperatura, percepções táteis, se existe algum odor ou som...

Paciente: Está calor, mas tem uma brisa que alivia a temperatura. Sinto o calor do sol no meu rosto e, logo em seguida, uma sensação agradável da brisa na minha pele. Eu estou sozinho e muito tranquilo, deitado em uma cadeira de praia. É final de tarde, e está tudo muito tranquilo.

Terapeuta: Você ouve algum som?

Paciente: Escuto o som das ondas na praia.

Terapeuta: Agora vou lhe pedir que olhe a sua volta e me diga o que mais vê.

Paciente: Vejo algumas gaivotas passando... também vejo os morros que cercam a praia. É um lugar muito bonito, parece uma praia particular, só para mim.

Terapeuta: E como você se sente aí?

Paciente: Bem... relaxado. Gostaria de ficar aqui para sempre!

Alguns cuidados devem ser tomados na construção da imagem segura para que emoções negativas não sejam ativadas. Além disso, essa construção deve favorecer que o paciente vivencie a imagem no momento presente, que ele realmente consiga se ver naquela cena. Outro ponto a ser observado é que o terapeuta evite usar termos psicológicos, como “Você está livre de ansiedade”. Essa afirmação pode ser substituída por falas como “Você está calmo”. Utilizar termos coloquiais facilita que o paciente consiga vivenciar o local confortante (Young et al., 2008).

Alguns pacientes podem ter muita dificuldade em construir uma imagem segura por não lembrar de nenhuma vivência de segurança — em geral, trata-se de indivíduos que sofreram negligência ou abuso. Nesses casos, é importante que o terapeuta ajude o paciente nessa construção, sugerindo imagens da natureza, como uma praia, uma floresta ou até mesmo a sala de psicoterapia. Quando isso é necessário, o profissional solicita ao paciente que olhe no entorno do consultório e relate tudo o que é capaz de perceber, como sons, o que vê e o que sente, até o momento em que se sinta calmo e seguro. Os trabalhos com imagens mentais só podem ser iniciados depois que o sujeito já tenha construído a imagem de lugar seguro, ou depois de conseguir considerar o consultório como tal. Caso contrário, é fundamental postergar o trabalho com imagens para quando o paciente tiver fortalecido a relação com o terapeuta e puder considerar o consultório um lugar seguro (Arntz, 2011; Young et al., 2008).

Do mesmo modo, é fundamental que o profissional atente para que o paciente saia da sessão tranquilo, sem emoções negativas que o trabalho com imagens mentais possa ter ativado. Para isso, o terapeuta deve reservar tempo suficiente para que o paciente se acalme e, então, abordar os conteúdos mobilizados no trabalho com as imagens. Muitas vezes, não é possível evitar que os pacientes saiam do consultório ainda um pouco deprimidos ou irritados. Nesses casos, sugere-se que o terapeuta faça algum contato (telefônico, por exemplo), a fim de minimizar o impacto desses sentimentos no cotidiano do paciente. Nesse breve contato, o profissional acolhe e valida as emoções do paciente (Young et al., 2008).

Em contrapartida, existem situações em que o paciente chega à sessão ativado emocionalmente, e, nesses casos, dispensa-se o uso da imagem segura antes do exercício imagístico, a fim de valorizar o conteúdo emocional e mantê-lo conectado ao seu EID (Arntz, 2011). A seguir, apresentamos o segundo tópico deste capítulo, a avaliação e identificação do esquema.

Avaliação e identificação do esquema

Antes de iniciar o trabalho com imagens mentais, é necessário que o paciente compreenda seu funcionamento do ponto de vista racional, verifique padrões esquemáticos comumente ativos e os estilos de enfrentamento que são utilizados para a manutenção, evitação e compensação dos EIDs. A identificação parte da avaliação dos problemas atuais, dos padrões característicos do desenvolvimento evolutivo infantil, do temperamento e da disposição emocional e vai sendo investigada ao longo das sessões com a utilização de técnicas cognitivas e questionários; destes, o Questionário dos Esquemas (QE) e o Inventário Parental de Young são os mais utilizados (Young et al., 2008). O terapeuta também pode indicar filmes, livros e documentários para auxiliar nessa identificação. A partir de então, será possível fazer a conceitualização clínica e a psicoeducação quanto aos padrões esquemáticos do paciente (Young et al., 2008).

Sugere-se que, nos primeiros 15 minutos das sessões, sejam revisadas situações que ocorreram durante a semana, com o intuito de classificar a temática e verificar o conteúdo das situações que foram emocionalmente significativas ao paciente. Em um segundo momento, pede-se ao paciente que tente lembrar de alguma situação ocorrida no mês anterior, no ano anterior, na adolescência, etc., até que seja identificado um fato em que ele tenha se sentido daquela mesma forma e pensado o mesmo, como situações experimentadas na infância. Por meio da técnica de imaginação, o esquema disfuncional é ativado, e o terapeuta auxilia (se necessário) o paciente a dizer o que sente, bem como de que precisa, para que, posteriormente, ele repita o mesmo com a figura parental. No terceiro momento, realiza-se a conceitualização da situação que provavelmente originou o esquema e avalia-se as respostas atuais. Para a identificação esquemática, o terapeuta pode sugerir o seguinte:

EXEMPLO CLÍNICO

Vitor, 40 anos, é solteiro e buscou psicoterapia por ter dificuldades ao relacionar-se com mulheres; acredita que em seus relacionamentos não há reciprocidade afetiva. Para ele, as mulheres são inadequadas, ou por excesso, ou por falta de qualidades, o que evidencia o esquema de defectividade, bem como as necessidades que não foram atendidas na infância.

Terapeuta: Pensei em fazer um exercício imagístico que nos ajudará a entender melhor como seus problemas atuais estão relacionados com a sua infância. O que você acha disso?

Paciente: Humm... pode ser.

Terapeuta: Essa técnica é a melhor maneira de obter uma compreensão em um nível emocional, em vez de apenas falar sobre o passado. Todo o exercício levará cerca de 10 minutos. Depois, nós vamos discutir o que aprendemos com o exercício. Você tem alguma pergunta?

Paciente: Não.

Terapeuta: Podemos iniciar?

Paciente: Sim (se ajusta na poltrona).

Terapeuta: Vamos lá! Você pode fechar os olhos?

Paciente: [suspira] Não consigo.

Terapeuta: Não tem problema. Você pode deixá-los abertos, mas tente olhar para um ponto fixo.

Paciente: Assim é melhor.

Terapeuta: Que bom. Agora, imagine que você é uma criança outra vez. Imagine tão vividamente quanto possível uma cena incômoda com um de seus pais, e eu vou lhe perguntar o que acontece na imagem (terapeuta aguarda um momento, para o paciente conseguir se conectar à cena).

Terapeuta: Onde você está?

Paciente: No banheiro da minha casa, meu pai está junto.

Terapeuta: Quantos anos você tem?

Paciente: Onze.

Terapeuta: O que está acontecendo na imagem?

Paciente: Meu pai está me xingando. Ele está bravo por alguma coisa que eu fiz. Grita que eu sou um merda e que eu não sirvo para nada. O olhar dele está parecendo o de um monstro, como das outras vezes em que ele me bateu, dizendo que tudo o que eu fazia era errado.

Terapeuta: O que você sente (como pequeno Vitor)?

Paciente: Medo! Eu estou com muito medo de que ele me bata, tenho medo de ficar sozinho, de ninguém querer ficar perto de mim.

Terapeuta: E o que está passando pela sua cabeça enquanto o seu pai está gritando com você?

Paciente: Que ele tem razão. Ele está certo, eu não sirvo para nada.

Terapeuta: Qual é a sua vontade nesse momento?

Paciente: Eu só quero sair daqui, que isso tudo acabe e que ele não me bata. Eu acho que ele não gosta de mim.

Terapeuta: Você está sentindo mais alguma coisa? Alguma sensação física?

Paciente: Estou gelado, suando frio... com dor de barriga.

Terapeuta: O que está acontecendo nesse momento?

Paciente: Meu pai está na minha frente, gritando muito comigo, e eu fico paralisado... não falo nada, só escuto.

Terapeuta: Tem mais alguém aí?

Paciente: Sim, minha avó está sentada no sofá da sala.

Terapeuta: Qual a reação dela nesse momento?

Paciente: Nenhuma.

Terapeuta: O que você gostaria de mudar nessa cena? O que poderia ser diferente nesse momento com seu pai?

Paciente: Que ele não gritasse comigo, que me explicasse melhor as coisas, porque eu não fiz nada contra ele que justifique ser tratado dessa forma... queria que gostasse de mim.

Terapeuta: Então, diga isso ao seu pai.

Paciente: [fica em silêncio e se emociona]. Pai, quero que você me explique as coisas para eu não errar, que converse mais comigo, me pergunte sobre as minhas coisas. Eu acho que você não gosta de mim quando grita comigo, mas não quero lhe desagradar, e parece que tudo que faço sempre lhe desagrada.

No exemplo descrito, podemos identificar os sentimentos latentes e o conteúdo que deram origem ao esquema disfuncional.

Durante o exercício, recomenda-se que o terapeuta verifique se o paciente está imaginando a cena no ponto de vista da criança. Se não, o profissional suavemente instrui o paciente a imaginá-la sob essa perspectiva. Da mesma forma, o indivíduo é instruído a usar o tempo presente e a primeira pessoa — “eu” (“Eu preciso ser reconhecido”, e não “A criança pequena precisa ser elogiada”). O terapeuta pode estimular o paciente a conversar com o pai, por exemplo, e ver o que acontece na imagem. É suficiente quando o significado emocional da imagem se tornou claro, pois uma reedição dela é feita em outro momento. Depois, a dupla discute as emoções que eram aparentes no imaginário, as necessidades da criança pequena e o grau em que as necessidades foram (ou não) atendidas. A imagem de diagnóstico com algum outro familiar é feita na sessão seguinte, e as informações encontradas integrarão a conceitualização do caso que irá ser utilizada para orientar o tratamento posterior (Young et al., 2008).

MUDANÇAS ESQUEMÁTICAS COM IMAGENS MENTAIS

Diálogo nas imagens mentais

No diálogo nas imagens mentais, o terapeuta estimula o paciente, por intermédio de um acessamento por imagem, a expressar seus sentimentos em relação às situações que geraram seus esquemas. O diálogo é útil não apenas para que o paciente possa expressar suas emoções negativas — principalmente a raiva —, mas também para fortalecê-lo e capacitá-lo a enfrentar seus esquemas. Possibilitar que o paciente expresse a raiva é uma forma primordial de defender seus direitos como ser humano.

Quando conseguem verbalizar frases como “Não vou permitir que você bata em mim”, “Eu tinha o direito de errar e de receber sua ajuda”, “Eu precisei de amor, mas você não me deu”, os pacientes se sentem mais fortalecidos e validam seus direitos, reconhecendo que receberam menos do que mereciam quando eram crianças. Conforme veremos mais adiante no caso de Clarice, é fundamental para o paciente acreditar que tem o direito de ser tratado com respeito para que a reparentalização parental seja possível.

Nessa etapa do tratamento, é imprescindível para a cura do esquema que o paciente consiga expressar a raiva que sente dos pais. Entretanto, é bastante comum que ele evite esse momento — ou porque já tentou superar isso de outras formas, ou porque se sente culpado por reconhecer as limitações de seus cuidadores e justificar suas condutas, o que se manifesta por meio de falas como “Mas ele é o meu pai, ele fez o que podia”. Nessas situações, algo que pode auxiliar o paciente a realizar esse diálogo é explicar-lhe que a atividade proposta consiste em um exercício imagístico, o qual permitirá identificar que foram os comportamentos de um dos pais que o fizeram sentir raiva e que seus cuidadores também podem ter comportamentos que o deixam feliz.

Além disso, o diálogo nas imagens mentais possibilita que o paciente se diferencie do seu esquema, entendendo que este é a voz dos seus pais internalizada. Dessa forma, ele passa a compreender [que assume] as mensagens que seus pais lhe deixaram (p. ex., “Você não tem valor”) como uma manifestação do seu EID. Quando isso acontece, o paciente consegue se distanciar do esquema. A seguir, é apresentado o exemplo de diálogo com a paciente Ana.

EXEMPLO CLÍNICO

Ana tem 56 anos e quatro filhos. A paciente apresenta esquema de abuso e subjugação, e um de seus objetivos terapêuticos é conseguir dar limites adequados aos filhos e ao marido, bem como expressar a raiva de pessoas que dela abusaram, tanto na infância como na vida adulta. Nesse primeiro momento, será descrito o diálogo de Ana com sua mãe e, logo após, com seu marido. Os modos criança vulnerável, adulto saudável e paciente disfuncional serão evocados.

Paciente: Estou no corredor da minha casa, olhando a porta entreaberta do quarto dos meus pais. Minha mãe está sozinha, e meu pai ainda não chegou do trabalho. Ela me chama, e, quando chego, encontro-a dopada na cama; ela me pergunta pelo meu pai.

Terapeuta: E o que você sente nesse momento?

Paciente: Raiva.

Terapeuta: E o que ela faz agora?

Paciente: Pede-me para ir atrás dele. Ela já está falando enrolado, me mandando procurar meu pai nos bares de sempre.

Terapeuta: Você conseguiria ser ela e fazê-la dizer isso?

Paciente: [no papel da mãe] Ana, onde está seu pai? Vá atrás dele! Eu estou mandando!

Paciente: Sinto muita raiva. Ela sempre faz isso e sabe que eu tenho muito medo de sair na rua sozinha. Logo vai anoitecer!

Terapeuta: E o que você precisa dela nesse momento? Diga como precisa que ela aja como mãe, mesmo que isso não tenha acontecido na sua infância. Tente se imaginar nessa cena, como criança, dizendo a ela aquilo de que você precisa dela.

Paciente: [no papel da criança, dizendo para a mãe] É errado você me mandar fazer isso. Quem deveria fazer isso é você, mas, em vez disso, fica aí, deitada, dopada, e não se mexe para nada. Tenho medo, e você deveria me proteger. Eu sei que sente dores por causa da cirurgia, mas ainda assim é minha mãe, e preciso que cuide de mim, e não o contrário! Isso me faz sofrer porque você não me protege!

Terapeuta: E o que ela responde?

Paciente: [no papel da mãe] Eu sou sua mãe e posso mandar em você. Eu sofro muito mais que você. O que será de nós se seu pai não voltar?

Terapeuta: Agora, quero que você mantenha essa cena e se imagine com muita raiva. Você está furiosa por sua mãe tratá-la assim. O que vê?

Paciente: Vejo-me gritando com ela.

Terapeuta: Eu gostaria de ouvir o que está falando...

Paciente: [com voz alta] Você é uma louca, drogada! Eu te odeio por isso! Você não cuida de ninguém e ainda acha que merece ser cuidada? Eu não tenho ninguém por mim!

Terapeuta: [assume o papel da mãe para que o paciente se mantenha conectado com o sentimento] Pare de reclamar. Você não sabe o que é ter dor. Eu sofro muito mais que você. Você que é feliz por não ter dor.

Paciente: Que mentira! Você adora ficar dopada e jogar para mim a responsabilidade de buscar o pai no bar. Você deveria me cuidar porque sou uma criança!

Nessa imagem, quando o terapeuta assume o papel da mãe, ele pode argumentar insistentemente, a fim de que o paciente vivencie intensamente a

raiva pelo comportamento de um de seus pais. É importante que o profissional [praticamente] cite aquilo que o paciente falou enquanto estava no papel de um dos cuidadores.

Na sequência, será dada continuidade ao diálogo da mesma paciente, trazendo-o para situações com o marido, que mantém um relacionamento extraconjugal.

EXEMPLO CLÍNICO

Terapeuta: Agora, quero que você coloque seu marido na imagem depois de descobrir o relacionamento dele com outra mulher. Por favor, diga como se sente.

Paciente: [triste] Estou muito triste por descobrir que você tem outra mulher. Nós temos uma família, mas isso parece não importar para você. Sempre me dediquei aos nossos filhos e à nossa casa, e você faz isso comigo? Sinto-me desprezível.

Terapeuta: E o que ele lhe diz na imagem?

Paciente: [no papel do marido] Você é muito conservadora. Isso não muda nada porque nunca faltou nada em casa. Qual o problema?

Terapeuta: Responda a ele.

Paciente: O problema é que nós somos uma família e sempre me dediquei a isso. Você me traiu e quer que eu ache que isso não tem problema? Não aceito essa situação.

Terapeuta: E o que você sente quando diz isso?

Paciente: Sinto-me melhor. Dá um alívio colocar a raiva para fora.

Quando o terapeuta estimula Ana a liberar sua raiva em relação aos abusadores, possibilita que a paciente se sinta mais fortalecida e capaz de lidar com essas situações, sem o temor do desamparo, como ocorreu na infância.

Reparentalização parental

O objetivo da reparentalização parental é a cura dos EIDs. Na imagem, acessam-se os modos criança vulnerável, pai/mãe disfuncionais e adulto saudável. O terapeuta possibilita ao paciente vivenciar uma experiência emocional que lhe faltou, ensina a receber o que lhe foi privado na infância e traz o adulto saudável para proteger a criança vulnerável do pai/mãe disfuncionais. De acordo com Young e colaboradores (2008, p. 123), esse processo ocorre em três etapas:

1. o profissional pede permissão para participar da imagem e falar diretamente com a criança vulnerável;
2. o terapeuta faz a reparentalização parental com a criança vulnerável;
3. o adulto saudável do paciente realiza a reparentalização parental com a criança vulnerável.

A fim de ilustrar esse processo, será exemplificada a identificação esquemática para, posteriormente, realizar a reparentalização parental.

EXEMPLO CLÍNICO

Clarice é arquiteta, tem 38 anos, é casada e mãe de um menino de 6 anos. Buscou psicoterapia por estar sofrendo muito, principalmente quando está no ambiente de trabalho, em contato com colegas que dividem a mesma sala. Refere se sentir envergonhada por não ter os mesmos conhecimentos e habilidades que os demais; embora seja a mais nova do grupo, foi promovida diversas vezes.

Terapeuta: Clarice, eu percebo alteração na expressão do seu rosto quando você fala sobre esse tema.

Paciente: É que me incomoda muito, eu não gosto, não me sinto bem.

Terapeuta: O que você sente?

Paciente: Sinto-me mal. Fico com vergonha.

Terapeuta: Fica com vergonha, se sente mal...

Paciente: Isso. Parece que eu fiz errado, sabe? Mas sei que não fiz; embora seja a mais nova da equipe, só estou há cinco anos trabalhando com eles. [...] Tento lembrar do que meu esposo me fala... se eu estou ali é porque meu trabalho é bom, desenvolvo minhas tarefas, assumo projetos difíceis que eles acabam passando para mim, vou lá e faço, porque não consigo ficar adiando. Só que eu não sinto isso. Não consigo ver dessa forma. Quando me pedem para ir à obra porque eles não entenderam algo... nossa, no caminho eu fico imaginando tudo, faço e refaço o projeto mil vezes na minha cabeça para verificar o que fiz errado, para antes de chegar já ter uma solução. É uma coisa de louco! [...] E eu sofro muito com isso. Por isso vim aqui, cheguei a pensar em pedir demissão, não estou suportando mais essa situação, parece que não acaba nunca. Fiquei bem desanimada por uns dias. Meu esposo não concorda comigo, mas meu superior, que é quem eu devo escutar, nunca me falou nada disso.

Terapeuta: Nunca falou o quê?

Paciente: Do meu trabalho. Se ele gosta, se acha bom, se não gosta e tal.

Terapeuta: E o que lhe parece isso, não saber o que ele acha?

Paciente: Parece que ele não está satisfeito, de repente não estou fazendo direito as minhas tarefas, não atinjo as expectativas dele...

Terapeuta: Está bem, Clarice. Esse é um pensamento que lhe vem à cabeça. Vamos imaginar esse pensamento como verdade absoluta, certo? Vamos supor que, de fato, ele não está satisfeito com seu desempenho, você não faz direito o seu trabalho e não atinge as expectativas dele. O que de pior pode acontecer?

Paciente: Ah! A qualquer momento ele vai me demitir!

Terapeuta: E se ele a demitir?

Paciente: Que vergonha! Falhei de novo, sou uma fracassada total, né?!

No decorrer das sessões, Clarice foi solicitada a relatar algumas situações em que sentiu as mesmas emoções que experimenta no ambiente de trabalho ou que recorrentemente passam pela sua cabeça até hoje e a incomodam. A paciente refere que teve algumas situações incômodas e que ocorreram durante o período em que estava no ensino fundamental e na graduação.

Terapeuta: Então, além de se sentir envergonhada pelo seu desempenho no trabalho, também sentiu essas emoções quando era pequena e, depois, na graduação; é isso?

Paciente: É.

Terapeuta: Podemos iniciar o trabalho com imagens mentais. Preciso que feche os olhos, solte e relaxe seus músculos. Você consegue visualizar e descrever em detalhes sua lembrança mais perturbadora?

Paciente: [Faz silêncio por alguns segundos] Sim.

Terapeuta: Eu gostaria que você relatasse essa cena no tempo presente, que vivenciasse novamente essa situação. Quantos anos você tem (na cena)?

Paciente: Tenho 7 anos.

Terapeuta: E o que está acontecendo?

Paciente: Estou no colégio... na sala de educação artística, junto aos colegas, fazendo uma pintura na tela... a professora (religiosa) perguntou se já havíamos concluído a pintura, todos nós respondemos que sim. Ela olhou para minha tela que estava sobre a mesa e gritou: “Você pintou uma pera podre?! Sua filha do demônio!”.

Terapeuta: Como você está se sentindo?

Paciente: Assustada... muito envergonhada! [A paciente fica um momento em silêncio e prossegue.] Eu achei que meu desenho estava lindo, mas, pelo jeito que ela falou comigo, eu acho que fiz errado, porque pinte uma pera com amarelo e marrom. Que vergonha.

Terapeuta: O que está passando pela sua cabeça nesse momento?

Paciente: Eu errei de novo, meus colegas estão rindo de mim.

Terapeuta: O que você faz nesse momento?

Paciente: Fico quieta. Agora começou a tocar o quinto sinal... eu guardo uns materiais na minha gaveta, outros na mochila, bem devagarinho, porque não quero sair com meus colegas. Vou para a frente do colégio esperar alguém me buscar.

Terapeuta: O que você gostaria de ouvir nesse momento?

Paciente: Que eu não sou tão ruim assim. Minha pera está bonita.

Terapeuta: Você pode voltar ao momento em que a professora disse que sua pera estava podre?

Paciente: [...] Posso.

Terapeuta: Você permite que eu entre para essa cena?

Nesse momento, o terapeuta pede permissão para entrar na cena e falar com a criança vulnerável.

Paciente: Sim.

Terapeuta: Agora, estou entrando na sala de educação artística. Consegue me ver?

Paciente: Sim.

Terapeuta: Eu me agacho, fico na sua frente, pego na sua mão e digo: “Você é muito especial, e não a filha do demônio! Eu estou orgulhosa de você e do seu empenho. Você tem só 7 anos e merece ser

tratada com respeito! Ela não pode falar assim com você”.

Terapeuta: Você pode me dizer como se sente agora?

Paciente: Melhor...

Nesse momento, foi realizada a segunda etapa da reparação, em que o terapeuta supre a necessidade de aceitação e validação emocional da criança. É importante que o profissional, com a autorização do paciente, dirija-se diretamente à pessoa que, na cena, gerou o esquema de fracasso e defectividade, bem como mostre o quanto aquela conduta é inadequada e invalidante.

Terapeuta: Você me permite falar com sua professora e apontar o que não está correto na conduta dela?

Paciente: Sim.

Terapeuta: Eu estou do lado da janela, me dirijo até a professora e digo impositivamente para ela: “O que é isso que você fez com essa menina? Ela está aprendendo! Ela é só uma criança, não é a filha do demônio. Você está dizendo isso por causa de uma pintura que ela fez?! Você é professora, precisa estimular e valorizar o esforço de sua aluna... Você não pode falar assim com ela! Ela não merece ser tratada assim. Se você não é capaz de ensinar o que ela e qualquer outra criança precisa, temos um problema. Você não deve humilhar a pequena Clarice, porque você tem uma dificuldade. Então, pare de humilhá-la e tratá-la com desrespeito. [...] Clarice, olhe para sua professora, o que ela está fazendo agora? O que ela está dizendo?”

Paciente: Ela está surpresa. Ninguém nunca havia falado com ela dessa maneira.

Terapeuta: Como você está se sentindo após esse momento?

[A paciente se emociona.]

Paciente: Bem. Estou me sentindo muito bem.

Terapeuta: O que você está pensando, pode compartilhar comigo?

Paciente: [...] Acho que eu não sou tão errada.

Primeiro, o paciente experimenta o evento adverso na perspectiva da criança. A próxima etapa da reparentalização parental exige que o paciente entre no modo adulto saudável para reparar a criança vulnerável. No exemplo, o terapeuta convida Clarice a entrar na cena como um adulto para reescrevê-la. Como a paciente ainda não é forte o suficiente, o terapeuta pode auxiliá-la. Assim, a instrução poderia ser:

Terapeuta: Clarice, gostaria que você se insira na imagem como adulta, e eu vou acompanhá-la. Você pode nos ver da sala de educação artística?

Paciente: Posso.

Terapeuta: Ótimo. O que você vê?

Paciente: Eu vejo a professora em pé perto do quadro negro, você está do meu lado, e a pequena Clarice está sentada em sua classe.

Terapeuta: O que você pode dizer à pequena Clarice?

Paciente: Eu sei que você está se sentindo muito triste e envergonhada com o que a professora lhe disse, mas preciso lhe falar uma coisa que é muito importante para mim. Ela não pode chamar você de filha do demônio, porque isso não é verdade. Ela não tem direito de humilhar você porque pintou a pera de marrom e amarelo. Ela não consegue perceber que você tem muitas coisas boas. Ela não sabe ensinar seus alunos, e você não tem culpa disso. Você merece ser tratada com respeito. [...] Pensei em ficar aqui um pouco.

Terapeuta: Como a pequena Clarice está se sentindo agora?

Paciente: Melhor. Agora ela pode ficar na sala com os colegas, porque não é uma aberração.

O terapeuta solicita que a paciente retorne à imagem do lugar seguro e, quando se sentir pronta, abra os olhos. Então, ambos ressignificam os esquemas de fracasso e defectividade que foram ativados na cena.

Conforme descrito, o trabalho com imagens é fundamental na TE. Para que essa prática atinja os objetivos, destacamos algumas armadilhas e dicas quanto ao acessamento de imagens.

ARMADILHAS E DICAS

O que explicar sobre o trabalho com imagens mentais?

Alguns pacientes — principalmente aqueles que apresentam o primeiro domínio de desconexão e rejeição — sentem-se mais seguros quando lhes são fornecidas informações sobre o trabalho imagístico antes do início prático. Não há uma regra a ser seguida: o terapeuta deve avaliar junto com o paciente.

Quantas vezes utilizar técnicas com imagens mentais?

Podem ser usadas inúmeras vezes, pois normalmente são muitas as experiências infantis relacionadas aos problemas atuais dos pacientes.

O paciente não consegue identificar algum evento.

Às vezes, os pacientes ficam confusos com muitas lembranças infantis, uma vez que uma se sobrepõe à outra. Podem ficar com medo e se sentir ameaçados. Como algumas memórias são perturbadoras, também é comum que os pacientes se conectem ao protetor desligado. Nesse caso, recomendamos que o terapeuta invista na psicoeducação das emoções, na identificação dos padrões esquemáticos e nos estilos de enfrentamento antes de iniciar trabalho imagístico. Talvez o paciente não consiga lembrar de uma imagem clara, mas, por meio de um acontecimento atual, pode tentar conectar-se emocionalmente a uma lembrança de quando era pequeno. O terapeuta pode auxiliar, perguntando: “Houve algum momento da sua vida em que você sentiu isso? Você já experimentou essa sensação outra vez? Como foi? Onde estava?”. Também pode acontecer de o paciente lembrar e não se sentir à vontade para compartilhar desse evento traumático. Então, recomenda-se trabalhar a relação e o vínculo terapêutico, que é imprescindível antes de qualquer intervenção psicoterapêutica.

O paciente não consegue fechar os olhos.

Às vezes, o paciente não fecha os olhos por ter medo de ser olhado e julgado pelo terapeuta, ou porque teme que este faça algo inesperado. Recomendamos que o profissional investigue os motivos que fazem o paciente não se sentir seguro. O paciente pode apresentar sugestões para o terapeuta ajudá-lo a sentir-se mais seguro — por exemplo, que este também possa fechar seus olhos ou virar a cadeira, ou se afastar. Além disso, o terapeuta também pode sugerir que o paciente tente fechar os olhos por 1 ou 2 minutos para ter uma ideia de como vai se sentir e, em seguida, propor um aumento gradual para esse tempo.

E se o paciente dissociar?

A dissociação pode bloquear quase qualquer processamento de informação, de modo que o paciente não se beneficie do tratamento. Tão logo apareçam os sintomas dissociativos, o terapeuta deve trazer o paciente de volta à realidade, por exemplo, pedindo que abra seus olhos, andando com ele, etc. A dissociação sugere níveis elevados de medo; assim, talvez menos memórias assustadoras devam ser julgadas

O paciente se sente culpado e desleal com seus pais.

em primeiro lugar. É importante que o profissional traga segurança para a imagem o mais brevemente possível. O uso de imagens de um lugar seguro é também indicado com esses pacientes.

O sentimento de culpa pode levar a resistência ao trabalho com imagens. Os pacientes podem sentir-se desleais por permitirem que o terapeuta fale que a figura paterna não pode tratar a criança daquela maneira. Os terapeutas podem explicar que o objetivo é abordar o comportamento, a atitude do pai naquele momento da imagem. Em geral, essa explicação ajuda os pacientes a ter uma visão diferente da sua resistência. Ela também ajuda a deixar claro que os pais muitas vezes maltratam os seus filhos por causa de seus problemas psicológicos.

Fonte: Adaptada de Arntz e colaboradores (2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, apresentamos algumas formas de se trabalhar com imagens mentais, as quais visam atender as necessidades emocionais do paciente que não foram satisfeitas na infância. Esse trabalho alcança mudanças mais profundas e mais duradouras, uma vez que transforma esquemas egossintônicos em egodistônicos, por meio de uma nova experiência afetiva funcional e corretiva.

Embora sejam observados resultados clinicamente significativos, é frequente os terapeutas hesitarem em utilizar essa técnica, pois, além do aporte técnico e da habilidade empática, o trabalho com imagens mentais exige, sobretudo, disponibilidade afetiva do profissional. Como a TE é uma nova abordagem terapêutica, os materiais que abordam a prática com imagens mentais ainda são escassos. Assim, sugere-se que novos materiais possam ser produzidos e disponibilizados, seja por meio de estudos científicos, seja por meio do relato de experiências profissionais, a fim de ampliar o conhecimento e suporte clínico dessa temática. Este capítulo foi elaborado a partir de revisão de livros e artigos científicos disponibilizados até o momento. No entanto, os exemplos clínicos utilizados foram baseados na prática clínica das autoras.

REFERÊNCIAS

Arntz, A. (2011). Imagery rescripting for personality disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4), 466-481.

Arntz, A. (2015). Imagery rescripting for personality disorders: Healing early maladaptive schemas. In N. C. Thoma, & D. McKay (Eds.), *Working with emotion in cognitive-behavioral therapy: Techniques for clinical practice* (pp. 175-202). New York: Guilford Press.

- Brewin, C. R., Wheatley, J., Patel, T., Fearon, P., Hackmann, A., Wells, A., ... Myers, S. (2009). Imagery rescripting as a brief stand-alone treatment for depressed patients with intrusive memories. *Behaviour Research and Therapy*, 47(7), 569-576.
- Cooper, M. J. (2011). Working with imagery to modify core beliefs in people with eating disorders: A clinical protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4), 454-465.
- Edwards, D. (2007). Restructuring implicational meaning through memory-based imagery: Some historical notes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(4), 306-316.
- Falcone, E. M. O. (2014). Terapia do esquema. In W. V. Melo (Org.), *Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva* (pp. 264-288). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 317-328.
- Hackmann, A., Bennett-Levy, J., & Holmes, E. A. (2011). *Oxford guide to imagery in cognitive therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Hinrichsen, H., Morrison, T., Waller, G., & Schmidt, U. (2007). Triggers of self-induced vomiting in bulimic disorders: The roles of core beliefs and imagery. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21(3), 261-272.
- Holmes, E. A., & Mathews, A. (2005). Mental imagery and emotion: A special relationship? *Emotion*, 5(4), 489-497.
- Silberfarb, B., & Pergher, G. K. (2011). O uso das imagens mentais em psicoterapia cognitivo-comportamental. In R. Wainer, N. M. Piccoloto, & G. K. Pergher (Orgs.), *Novas Temáticas em terapia cognitiva* (pp. 191-210). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Stopa, L. (2011). Imagery rescripting across disorders: A practical guide. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4), 421-423.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M.E. (2008). *Terapia do esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.



capítulo 8

O TRABALHO COM OS MODOS ESQUEMÁTICOS

Ricardo Wainer
Gilnéia Wainer

A concepção de modos esquemáticos (MEs) surge posteriormente no desenvolvimento da terapia do esquema (TE). A princípio, esta focalizava toda a sua abordagem na psicoeducação e intervenção nos esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) individualmente (Young, 2003). Embora fossem obtidos resultados positivos, observava-se que alguns pacientes mais graves acabavam tendo dificuldades em absorver todo o conhecimento sobre a estrutura e o funcionamento de suas personalidades, em função da enorme quantidade de EIDs e de sentimentos e comportamentos decorrentes de cada um deles. Assim, Young e colaboradores (Young, Klosko, & Weishaar, 2008) postularam os MEs: estados do indivíduo em que estão ativados simultaneamente diversos EIDs e estilos de enfrentamento desadaptativos.

O trabalho com os MEs demonstrou, desde seu início, uma série de vantagens consideráveis, principalmente quando utilizado para situações mais graves ou pacientes mais resistentes. Também tem grande valia quando o terapeuta se percebe bloqueado ou estagnado na psicoterapia.

Entre as principais vantagens com o uso da linguagem dos MEs encontram-se maiores domínio e facilidade do paciente com a terminologia e, desse modo, melhora na sua capacidade de se automonitorar – componente fundamental no processo da TE. Outro ganho relevante é a compreensão, por parte do paciente, dos objetivos terapêuticos a serem vencidos em relação a cada um dos modos de funcionamento – tanto nas sessões como fora delas (tarefas de casa).

Neste capítulo, apresentam-se os MEs em sua integralidade, as metas terapêuticas, os principais recursos técnicos para o trabalho, os mais recentes avanços teóricos sobre novos MEs e os desafios a serem vencidos pelo terapeuta do esquema quanto ao manejo dos MEs em pacientes complexos.

OS MODOS ESQUEMÁTICOS

Enquanto os esquemas mentais, entre eles os EIDs, são traços da personalidade, os MEs são como “estados” ativados em situações momentâneas. Na mesma direção, enquanto um esquema representa a temática de uma dimensão emocional (p. ex., privação emocional), um ME expressa um conglomerado de EIDs e de estilos de enfrentamento que estão ativos simultaneamente em um dado contexto (p. ex., a criança zangada pode envolver EIDs de abandono, defectividade, autocontrole e autodisciplina insuficientes ao mesmo tempo) (Genderen, Rijkeboer, & Arntz, 2012).

A princípio, a terminologia dos MEs foi desenvolvida para o trabalho com pacientes com os transtornos da personalidade *borderline* e narcisista (Young et al., 2008), justamente pela extrema complexidade constitutiva da personalidade nessas psicopatologias e pela dificuldade de engajamento em uma relação terapêutica produtiva e empática.

Na Tabela 8.1 são apresentados os principais MEs utilizados na TE hoje, junto com a especificação das crenças mais importantes vinculadas a cada um e com as condutas típicas observadas em sua ativação. O modo de enfrentamento de hipercompensação aparece discriminado em um bloco à parte, pela grande importância que tem tomado no tratamento dos transtornos da personalidade narcisista, *borderline* e anancástica.

TABELA 8.1

Modos esquemáticos

MODOS CRIANÇA		
Modo	Descrição	Condutas características
Criança vulnerável	A pessoa tem crenças de que ninguém suprirá suas necessidades emocionais. Tende a acreditar que os outros a abandonarão ou mesmo abusarão dela. Sente-se excluída e rejeitada.	Busca desesperadamente a ajuda do terapeuta, de forma infantil e totalmente vulnerável. Demonstra estar em situação de risco e que o ambiente é perigoso.
Criança zangada	O sujeito sente-se injustiçado por suas necessidades não estarem sendo atendidas. Demonstra raiva e até mesmo fúria. Suas percepções podem incluir traição, abandono e rebaixamento.	Expressão verbal e física de raiva e solicitação hostil de seus direitos (i.e., necessidades emocionais básicas). Pode ter expressões não verbais de indignação como uma criança de tenra idade.
Criança impulsiva	A pessoa age impulsivamente, buscando satisfazer desejos (não centrais) de forma egoísta e descontrolada. Pode se tornar enraivecida caso não se sinta realizada.	Demonstra comportamentos irrefletidos e, até mesmo, de risco para si e para os outros na busca de sua satisfação. Pode parecer como uma criança mimada na insistência para com seus desejos.

Criança indisciplinada	Demonstrações de total falta de tolerância à frustração, não suportando qualquer desconforto em tarefas de rotina ou aborrecidas. Nenhuma tolerância ao menor grau de dor, conflito ou persistência.	Demonstra todo seu desagrado em realizar suas rotinas ou aquelas atividades que considere enfadonhas. A birra pode aparecer na forma de fuga de atividades e/ou compromissos assumidos.
Criança feliz	Sente-se amada, conectada, compreendida, validada e satisfeita.	Mostra-se autoconfiante e encorajada a agir de forma autônoma e competente. Expressa espontaneidade no contato e otimismo, assim como uma criança feliz no brincar ou jogar.

MODOS PAIS DISFUNCIONAIS INTERNALIZADOS

Modo	Descrição	Condutas características
Pai/mãe punitivo	O paciente mostra-se agressivo, intolerante e crítico consigo mesmo. Está sempre se criticando e se culpando. Seus julgamentos demonstram intolerância para com os erros e considera que estes devem ser punidos.	O paciente age como uma “réplica” do cuidador internalizado. Tende a modificar seu tom de voz, e suas expressões são muito semelhantes às que seu pai/mãe tinha quando o criticava/punia. Autodepreciação, condutas de automutilação e tentativas de suicídio são comuns.
Pai/mãe exigente	O paciente sente que precisa agir de acordo com regras e padrões rígidos e elevados. A busca por competência e eficiência é central quando da ativação desse ME. O indivíduo nunca se sente satisfeito com seu desempenho, pois há sempre algo a melhorar.	O autocriticismo e a insatisfação consigo mesmo e com os outros ao seu redor são típicos de seu funcionamento. Costuma ser prolixo ao relatar suas falhas e fica muito focado no que deveria ter previsto para não ter falhado.

MODOS DE ENFRENTAMENTO DESADAPTATIVOS

Modo	Descrição	Condutas características
Capitulador complacente	A fim de evitar possíveis agressões ou outras consequências desagradáveis, o sujeito submete-se aos desejos dos outros, desconsiderando os seus próprios. Ele suprime suas necessidades, bem como emoções, com medo de represálias.	A característica mais marcante é a obediência cega, que ocorrerá também em relação ao terapeuta. O indivíduo busca identificar o que os outros almejam e age de acordo. Pode permitir, inclusive, abuso e maus-tratos.
Protetor desligado	A função essencial desse ME é a fuga de emoções negativas. Para tanto, o paciente desconecta-se de suas emoções, agindo de modo robótico ou de forma completamente desligada da realidade.	São diversas as condutas englobadas por esse ME. É a forma mais comum de resistência ao processo terapêutico. O paciente pode se sentir vazio, chateado e desatento. Despersonalização e desrealização são comuns. Esse ME pode, ainda, assumir a forma de atitudes cínicas e pessimistas a fim de manter os outros afastados.
Protetor autoaliviador	O paciente busca distrações para evitar sentimentos negativos. Entre elas são comuns: dormir, abusar de substâncias, trabalhar em excesso e apresentar compulsão por jogos, internet, sexo ou esportes.	A postura do paciente é similar à do ME do protetor desligado, mas ele tende a ser mais vinculado no contato, dando muita ênfase às suas formas de distração. Justifica-as de modo insistente e racional.
Hipercompensador	O ME hipercompensador é um conjunto de maneiras de lidar com as situações em que o paciente busca aliviar o desconforto da ativação de EIDs por meio de “exageros”.	Cada vez mais formas de hipercompensação são descritas para os diversos transtornos da personalidade. As mais típicas são o autoengrandecimento e o provocador e ataque.

MODOS HIPERCOMPENSADORES		
Modo	Descrição	Condutas características
Autoengrandecedor	Crença em ser superior e diferente dos demais, tendo direitos especiais.	Insistência em ter o que deseja e em ser apto para o desafio a que se propuser. Mostra-se arrogante, egoísta e abusador com os outros. Quando criticado, age de modo irônico e agressivo, humilhando aqueles que o ofenderam.
Provocativo e ataque	O temor de ser controlado ou ferido pelos outros faz o indivíduo se antecipar, buscando controlar os comportamentos dos demais por meio de ameaças ou agressões.	A relação com o paciente quando esse ME está ativado é difícil, pois ele se utiliza de ameaças, intimidações e todos os tipos de agressão para forçar seu controle. Pode demonstrar um prazer sádico em sua posição de dominante.
Obsessivo supercontrolador	O indivíduo busca controlar, por meio da tentativa de prever e controlar excessivamente todas as contingências do ambiente, supostas ameaças do ambiente.	O paciente é prolixo, cheio de rituais (todos racionalmente justificados) e usa repetições e verificações.
Paranoide	O paciente tenta proteger-se de possíveis ameaças por meio da verificação insistente das intenções por detrás do comportamento dos outros.	A desconfiança é o mecanismo predominante nas relações, o que faz o sujeito não ser espontâneo e ter grande dificuldade de falar de aspectos mais íntimos de sua vida.
Enganador e manipulador	O objetivo desse ME é evitar responsabilizações e punições por meio de intrigas, mentiras e manipulações.	A conduta tende a ser exageradamente sedutora, buscando enganar e vitimizar o outro na relação. Busca, assim, atingir seus interesses pessoais.
Predador	ME estudado em pacientes psicopatas. Caracterizado pela eliminação de ameaças, rivais, obstáculos e inimigos.	Age de modo frio e calculado e não demonstra remorsos ou qualquer forma de arrependimento.
MODO ADULTO SAUDÁVEL		
Modo	Descrição	Condutas características
Adulto saudável	O sujeito busca relações e atividades positivas, identificando e buscando neutralizar pensamentos e sentimentos negativos a seu respeito.	O paciente consegue identificar suas necessidades emocionais não atendidas e, de modo organizado e racional, busca meios para tentar supri-las na medida do possível. Demonstra tolerância à frustração e capacidade de planejamento.

Fonte: Adaptado de Bernstein e colaboradores (2012), Genderen e colaboradores (2012), Young e colaboradores (2008).

A partir da nomenclatura dos MEs e da premissa de que o indivíduo desenvolveu cada um deles como um padrão para lidar com as demandas ambientais de sua infância, buscando atender suas necessidades emocionais básicas, o terapeuta do esquema tem um protocolo validado na psicoterapia com os principais MEs. Tal protocolo deve ser adaptado às características e situações clínicas particulares de cada paciente.

OS PASSOS NO TRABALHO COM OS MODOS ESQUEMÁTICOS

Cada paciente tem uma dinâmica de MEs característica que deve ser investigada, validada, demonstrada (psicoeducada) e trabalhada, visando uma maior adaptabilidade à vida presente do indivíduo. É também conhecido que existe um padrão prototípico de MEs para cada um dos principais transtornos da personalidade e até mesmo em algumas condições clínicas mais duradouras.

A seguir, são listados alguns dos principais transtornos da personalidade em que a TE é utilizada, bem como seus MEs típicos (Arntz, 2012):

- **Transtorno da personalidade paranoide:** criança vulnerável (abusada e privada de empatia); hipercompensador (provocativo e ataque, obsessivo supercontrolador); adulto saudável.
- **Transtorno da personalidade *borderline*:** criança vulnerável (abandonada, abusada e defeituosa); criança zangada; criança indisciplinada-impulsiva; protetor desligado; pais críticos; hipercompensador (provocativo e ataque).
- **Transtorno da personalidade narcisista:** criança vulnerável (solitária e defeituosa); hipercompensador (autoengrandecedor e provocativo e ataque); protetor autoaliviador, protetor desligado; adulto saudável.
- **Transtorno da personalidade antissocial:** criança vulnerável (de difícil acesso ao terapeuta; EIDs associados de privação emocional e abuso); criança indisciplinada-impulsiva; protetor desligado; modos hipercompensadores (manipulador enganador, provocativo e ataque; predador [psicopatas]).
- **Transtorno da personalidade histriônica:** criança vulnerável (privação emocional-cuidado legítimo e EIDs do segundo domínio esquemático); hipercompensador (autoengrandecedor; manipulador enganador); protetor autoaliviador.
- **Transtorno da personalidade dependente:** criança vulnerável (dependente e abandonada/abusada); pais punitivos (punem a autonomia da criança); capitulador complacente; adulto saudável.
- **Transtorno da personalidade evitativa:** criança vulnerável (solitária, inferior, abandonada, abusada); protetor desligado; capitulador

complacente; adulto saudável.

- **Transtorno da personalidade anancástica:** criança vulnerável (difícil acesso ao terapeuta; EIDs associados de defeito e vulnerabilidade); pais exigentes; hipercompensador (obsessivo supercontrolador e autoengrandecimento); adulto saudável.

É fundamental identificar os principais MEs em cada caso, tanto para psicoeducar o paciente como para lidar com as armadilhas geradas por esses modos na relação terapêutica. O significativo progresso no trabalho com os modos ocorre quando se ultrapassam os modos de enfrentamento desadaptativos, acessando a criança vulnerável e fazendo sua reparentalização limitada. Isso acontece porque o modo criança vulnerável é o que contém a maioria dos EIDs, e grande parte da mudança terapêutica ocorre justamente na abordagem desse ME. O terapeuta tenta demonstrar ao paciente as vantagens de abdicar de MEs que interfiram no acesso à criança vulnerável, o que lhe permite acolher e validar as necessidades emocionais básicas não atendidas e expressas por ela.

Há uma sequência de passos para o trabalho com os modos, que vai desde a identificação do “modo” até o trabalho de ressignificação das memórias e a revivência de emoções reprimidas de situações negativas da infância. Tal método de trabalho tem demonstrado resultados significativos e duradouros (Weertman & Arntz, 2007). Essa sequência consiste em:

1. identificar e dar nome aos modos do paciente;
2. explorar a origem e (quando for o caso) o valor adaptativo dos MEs na infância ou na adolescência;
3. relacionar os modos desadaptativos a problemas e sintomas atuais;
4. demonstrar as vantagens de modificar ou abrir mão de um modo se ele estiver interferindo no acesso a outro modo;
5. acessar a criança vulnerável por meio de imagens mentais;
6. realizar diálogos entre os MEs; a princípio, o terapeuta proporciona modelos do modo adulto saudável; posteriormente, o paciente representa esse modo;
7. ajudar o paciente a generalizar o trabalho com modos em situações de sua vida fora das sessões de terapia.

Essa sequência típica no trabalho com os MEs pode sofrer pequenas variações de acordo com o objetivo a ser alcançado para cada um deles. Por exemplo, esse método básico serve para todos os modos criança e para a maioria dos modos de enfrentamento desadaptativos. Já para os modos dos pais disfuncionais internalizados e protetor desligado (enfrentamento), há de se considerar que os objetivos terapêuticos são, respectivamente, combater tais “pais” e transpor o modo protetor desligado.

Existem MEs que devem ser priorizados em relação a outros, pois causam prejuízos mais nefastos para a vida do paciente e afetam mais as chances da própria continuidade do tratamento. Os MEs dos pais disfuncionais internalizados e protetor desligado devem ser sempre priorizados, porque, respectivamente, geram condutas auto e heterodestrutivas e levam a um processo de desconexão com sentimentos e percepções (tanto no cotidiano como na terapia).

Sendo o protetor desligado o ME mais relacionado ao processo de resistência e estagnação em psicoterapia, a diminuição de sua ativação deve ter total atenção do terapeuta, principalmente no início do processo clínico. A sequência do protocolo para transpor o protetor desligado é apresentada a seguir.

Sequência de passos para transpor o modo protetor desligado

1. Nomear o funcionamento defensivo como o modo protetor desligado.
2. Auxiliar o paciente a identificar as pistas desse ME (como se comporta, a diminuição de sentimentos e percepções, etc.).
3. Fazer o indivíduo identificar gatilhos ativadores (estímulos externos ou internos) desse ME ou se se trata de seu funcionamento habitual.
4. Explorar o desenvolvimento infantil do protetor desligado e qual foi sua função adaptativa naquele momento.
5. Levar o paciente ao trabalho com imagens mentais, propondo o exercício e pedindo ao indivíduo para fechar seus olhos:
 - Solicitar que se imagine em um ambiente seguro e agradável e que o descreva ao terapeuta, indicando seu estado emocional de bem-estar nesse contexto.
 - Levá-lo a memórias de situações desagradáveis da infância, pedindo para que se lembre de uma em que teve emoções semelhantes àquela

que está lhe gerando dificuldades no contexto de vida atual – acionamento de emoções.

- Gerar diálogos entre o protetor desligado e o modo adulto saudável,^[N T] por exemplo, por meio da técnica das duas cadeiras. O objetivo dessas conversas é levar o paciente a perceber como o uso do protetor desligado, embora proteja de emoções negativas, também acaba por dessensibilizá-lo para a vivência de emoções e sentimentos positivos.
6. Discutir o exercício com o paciente.
 7. Ajudá-lo a generalizar o trabalho com modos em situações da vida fora das sessões de terapia.

Os MEs dos pais disfuncionais internalizados também devem ser alvo de atenção do psicoterapeuta desde o início de sua identificação. Da mesma maneira que as elevadas criticidade e desatenção dos cuidadores com relação às necessidades emocionais básicas da criança levam à gênese dos EIDs, a ativação dos referidos MEs desencadeia diversos processos emocionais e comportamentais do indivíduo que culminam em condutas agressivas, de automutilação, tentativas de suicídio ou atos parassuicidas.

Diferentemente do protocolo a ser implementado com o protetor desligado, nos MEs dos pais disfuncionais a tarefa do terapeuta é o combate destes, pois não há nenhum momento em que tal funcionamento possa ter algum caráter adaptativo ao paciente; muito pelo contrário. A seguir, são explicitados os passos para cumprir esse processo.

Sequência de passos para combater os pais punitivos e/ou exigentes

1. Nomear o funcionamento defensivo como o modo pais punitivos ou pais exigentes.
2. Auxiliar o paciente a identificar as pistas desse ME.
3. Explorar o desenvolvimento infantil dos pais punitivos/pais exigentes: quais parentes ou outros cuidadores significativos tinham tom ou entonação de voz que ele associa com o jeito como está falando/agindo; quando os cuidadores tornavam-se punitivos ou exigentes; e dar um nome “pessoal” ao modo (p. ex., pai brabo ou mãe sargenta).

4. Explorar ao máximo a ativação dos sentimentos do ME e verificar se o que o paciente sente ocorre exclusivamente na terapia ou também em outras situações.
5. Pedir para o paciente dizer o que necessitaria ou gostaria de ouvir (necessidades emocionais básicas não atendidas).
6. Trabalho com imagens mentais:
 - pedir permissão para fazer o exercício de imagens com o paciente, indicando sua importância e seus objetivos;
 - iniciar com a geração imagística de um ambiente seguro e confortável para o paciente;
 - levar o paciente a uma situação infantil em que um adulto significativo foi punitivo ou inadequadamente exigente;
 - criar mecanismos de proteção para a criança, como, por exemplo, um muro de vidro de onde possa falar com o adulto sem risco de agressão;
 - criar diálogos entre os MEs pais disfuncionais internalizados e a criança vulnerável, nos quais esta possa dizer o quanto o adulto está sendo inadequado;
 - garantir que a criança seja a última a falar na discussão e não tentar convencer o pai punitivo/exigente de que a criança ou o adulto saudável está certo – em vez disso, somente diga-lhe que ele está errado;
 - finalizar a imagem com o paciente retornando ao lugar seguro do início do exercício.
7. Avaliar o experimento com o paciente, ajudando-o a perceber que seu modo de funcionamento é a voz dos pais disfuncionais em ação e que eles erraram ao não suprir suas necessidades emocionais básicas daquele período do desenvolvimento (infância ou adolescência) – é importante salientar para o paciente que o fato de terem errado não significa que eles foram ou são malévolos. O fundamental desse trabalho imagístico de combate aos pais disfuncionais internalizados é a criança vulnerável ouvir e aceitar que ela tinha direito àquelas necessidades básicas;
8. avaliar se o paciente acha que se sentirá seguro após a sessão. Caso ele venha a se sentir disfórico, deve-se fornecer meios para que possa contatar o terapeuta.

Percebe-se que a clínica da TE nos MEs requer que o terapeuta conheça tanto os EIDs do paciente como os seus próprios. Isso garante que o clínico não seja iatrogênico com alguns pacientes (Bernstein, Arntz, & Kuelen-de Vos, 2007). Alguns EIDs tendem a ativar outros EIDs nos relacionamentos pessoais.

Na Tabela 8.2 são descritos os objetivos terapêuticos com alguns dos principais MEs. Ressalta-se que, nos modos criança, as metas prioritárias referem-se à reparentalização limitada, o que será mais bem explicado no Capítulo 5, por meio de quadro elucidativo.

TABELA 8.2

Terapêutica com os modos esquemáticos

Modos	Função do modo	Objetivos terapêuticos
Criança	Expressar necessidades emocionais básicas.	Validar a expressão da criança, auxiliando o paciente a adotar formas mais adaptativas de expressão quando for o caso (p. ex., utilizar a criança vulnerável em vez da zangada).
Modos	Função do modo	Objetivos terapêuticos
Pais disfuncionais internalizados	Auto e heterocríticas e punições ante as mais diversas situações. MEs totalmente desadaptativos e considerados prejudiciais em todos os sentidos ao sujeito. A adoção desse funcionamento ocorre como uma consequência direta da justificativa inconsciente que a criança criou para suportar as agressões dos cuidadores e, assim, manter-se junto deles.	Combatê-los em todas as situações, demonstrando ao paciente (principalmente por meio dos exercícios com imagens mentais) que os cuidadores falharam ao lhe negar/criticar/punir a busca das necessidades emocionais na infância e/ou adolescência.
Pai/mãe punitivo	Expressões de agressividade, intolerância, impaciência e completa falta de indulgência para consigo mesmo. Alto nível de culpa e autocrítica para qualquer erro ou deslize cometido. Não é um ME adaptativo sob nenhum contexto e, assim como todos os MEs dos pais disfuncionais, teve serventia, no passado, para suportar as agressões e a negligência dos cuidadores.	Combater o ME por meio de uma sequência de passos que vão desde auxiliar o paciente a identificar o padrão que assume ao utilizar esse ME até identificar os gatilhos ambientais e/ou internos que ativam o modo. Após, levar o paciente a conectar-se, por meio de trabalhos com imagens mentais, com situações do passado em que os cuidadores foram punitivos, demonstrando como eles acabaram por falhar no suprimento de suas necessidades emocionais básicas. Elaborar estratégias alternativas para lidar com as situações atuais (da vida adulta) em que esse ME é sistematicamente ativado, desativando-o.
Modos	Função do modo	Objetivos terapêuticos
Pai/mãe exigente	O paciente acredita e busca seguir um código rígido de regras e valores. Impõe-se elevados padrões de competência e	Idem ao ME dos pais punitivos.

	perfeccionismo, vendo as atividades e sensações de prazer como ameaçadoras à sua eficiência. Dificilmente se sente realizado ou satisfeito com seus resultados em qualquer tarefa. Da mesma maneira que o ME dos pais punitivos, esse ME formou-se na infância/adolescência do paciente porque havia a necessidade de justificar a crítica excessiva do meio e, assim, conseguir suportar as emoções negativas vivenciadas.	
Modos	Função do modo	Objetivos terapêuticos
Enfrentamentos desadaptativos	Tentativas de lidar com contextos/estímulos/pessoas geradores de emoções negativas e/ou de formas de maus-tratos.	Identificar o ME, psicoeducar o paciente a respeito, validar os sentimentos vinculados e demonstrar que tal ME teve adaptabilidade no passado e que ainda pode tê-la. Entretanto, demonstrar os prejuízos do uso sistemático e intensivo de um desses MEs e como podem ser intercambiados por outros estilos de enfrentamento, mais adaptados ao contexto atual.
Capitulador complacente	Para evitar consequências negativas (principalmente maus-tratos), o paciente atende as demandas e desejos dos outros. Tende a suprimir suas necessidades (de todas as ordens), sendo completamente subserviente e, até mesmo, aceitando agressão dos demais. ME nascido em decorrência de ambientes hostis que levaram a criança a acreditar que se submeter era sempre o mais adequado e que suas necessidades eram irrelevantes.	Levar o paciente a nomear o modo de enfrentamento desadaptativo, bem como indicar os padrões comportamentais, afetivos e cognitivos que assume para tanto. Demonstrar que esse ME foi válido no passado (infância e adolescência) para contornar falhas no comportamento dos cuidadores para com suas necessidades emocionais. Entretanto, buscar que o paciente tenha compaixão com a criança vulnerável e reflita sobre outros modos de lidar com as situações de vida atuais de maneira mais funcional para o preenchimento de suas necessidades emocionais.
Protetor desligado	O paciente se desconecta de sentimentos e pensamentos desagradáveis por meio de uma atitude desatenta, desconectada dos estímulos externos e/ou internos. Pode assumir uma atitude robótica, desatenta, pueril ou como se estivesse sedado. Pode relatar sentir-se vazio, aborrecido ou despersonalizado. É um ME adaptativo em diversas situações da vida de todos, entretanto, seu uso sistemático, exagerado ou duradouro pode impedir o sujeito de conectar-se também com aspectos positivos e prazerosos da vida. Surge como um mecanismo natural para diminuir o sofrimento da criança e adolescente em situações eliciadoras de emoções negativas.	Nomear o ME, bem como indicar os padrões comportamentais, afetivos e cognitivos que assume na vigência deste. Demonstrar que esse ME foi válido no passado (infância e adolescência) e continua sendo em algumas ocasiões específicas e limitadas no tempo (como em uma reunião entediante) para reduzir ou evitar fortes emoções negativas. No entanto, levar o paciente a refletir sobre os problemas que a utilização continuada ou elevada desse ME causa (desconexão nas relações interpessoais e anestesia para as emoções prazerosas da vida) e a buscar novas maneiras mais adaptativas para lidar com as emoções negativas de situações atuais do seu cotidiano.
Modos	Função do modo	Objetivos terapêuticos
Hipercompensadores	Atitudes arrogantes, de superioridade ou de se considerar merecedor de direitos especiais são típicas desse ME. Também há atitudes agressivas ou manipuladoras a fim	Levar o paciente a dar um nome ao ME, bem como a indicar os padrões comportamentais, afetivos e cognitivos que assume em sua vigência. Expressar empatia nos momentos em

	de prevenir a sensação de estar sendo controlado pelos outros. O paciente busca sempre estar em uma posição de superioridade em relação aos demais. Tal ME se desenvolveu como um estratagema para evitar sentimentos negativos oriundos de cuidadores e ambientes críticos e nos quais o afeto ou a consideração eram condicionais à criança ser especial ou a ter destaque em relação aos seus iguais.	que o paciente está sob o funcionamento desse ME, indicando sua validade no passado (infância e adolescência), mas como tem gerado respostas negativas de outras pessoas na atualidade (rechaço, antipatia e/ou distanciamentos). Usar a relação terapêutica para esse fim. Demonstrar os problemas que a utilização continuada desse ME tem causado e incentivar a prática de modos interpessoais mais adaptativos e empáticos para lidar com as situações atuais em que venha a se sentir criticado, dominado ou diminuído.
Modos	Função do modo	Objetivos terapêuticos
Adulto saudável	Assim como o ME da criança feliz, não é desadaptativo. O sujeito age e pensa de forma positiva para consigo, buscando relações e atividades saudáveis.	Aumentar sua ativação, tornando-o o ME mais recorrente.

Fonte: Adaptada de Genderen e colaboradores (2012).

EXEMPLO CLÍNICO

L. F., 40 anos, advogado, casado e pai de um filho pequeno. Procurou atendimento por pressão da esposa, que está preocupada com sua irritabilidade, abuso de álcool e desconsideração pelas necessidades da família. Segundo ela, que o acompanhou durante a primeira sessão, L. F. sempre foi uma pessoa muito confiante e, às vezes, até considerado arrogante e egoísta pelos outros.

Há cinco meses, ele sofreu uma perda financeira significativa em virtude de vieses em seu escritório de advocacia. Alguns de seus funcionários acabaram por processá-lo por assédio moral. Os processos fizeram-no ter de vender alguns imóveis e reduzir seus gastos pessoais. Desde então, tem sido mais agressivo com todas as pessoas mais próximas e, inclusive, feito planos de vingança contra aqueles que o processaram (inclusive o juiz que o condenou) e de novos e “revolucionários” projetos que lhe permitirão voltar ao padrão de vida que merece (segundo suas próprias palavras).

L. F. é o filho mais novo de uma prole de dois irmãos e, desde a tenra idade, vivenciou diversas situações estressantes com sua família. Seu pai, também advogado, nunca conseguiu avançar na carreira, e, em virtude disso, eles chegaram a passar necessidade, mudando-se constantemente na busca de ajuda de familiares para suprir o básico. Dos 5 até os 14 anos de idade, mudou mais de seis vezes de cidade e, consequentemente, de escola e de amigos.

Teve inúmeras privações, e, quando reclamava aos seus pais, ambos o recriminavam, dizendo que ele não tinha direito de reclamar.

O paciente mostrava-se distante na sessão, com uma postura de superioridade e crítica em relação ao terapeuta e às palavras da esposa. Dizia que estava ali para “ver no que ia dar”, mas que ele era a melhor pessoa para resolver seus problemas.

Durante o tratamento, identificaram-se os EIDs de defectibilidade e privação emocional do primeiro domínio esquemático (DE); de fracasso do segundo DE; de grandiosidade e autocontrole e autodisciplina insuficientes do terceiro DE; e de padrões inflexíveis e caráter punitivo do quinto.

Esses EIDs, associados aos dados clínicos, levaram o terapeuta ao diagnóstico de transtorno da personalidade narcisista com fortes características de personalidade antissocial. Também foi identificado um transtorno depressivo leve.

A abordagem terapêutica adotada foi a dos MEs, sendo que, gradualmente, foi possível levar L. F. a perceber seu modo criança vulnerável (criança solitária e abandonada) e também seu modo de enfrentamento desadaptativo hipercompensador (autoengrandecimento e provocativo e ataque).

A maior dificuldade da relação terapêutica foi fazer o paciente entender seu funcionamento e acolher suas necessidades básicas não atendidas. Ele sistematicamente representava as colocações do profissional como críticas ou uma forma de rebaixamento. Nesses momentos, começava a menosprezar e agredir verbalmente o terapeuta. Este, por sua vez, se desculpava se tinha dito algo que o paciente havia entendido como agressão ou crítica, mostrando-lhe que sua intenção era demonstrar que entendia seu sofrimento, mas que, ao mesmo tempo, tinha de ajudá-lo a repensar seu estilo de enfrentamento de suas dificuldades (confrontação empática).

ARMADILHAS E DICAS

Embora ofereça uma abordagem mais prática e didática sobre o funcionamento da personalidade para o paciente, o trabalho com os MEs não deve desconsiderar a psicoeducação ao paciente de seus EIDs e processos esquemáticos.

A percepção adequada de qual ME está ativado em determinado momento da sessão depende, em primeiro lugar, de o terapeuta identificar se o paciente está solicitando alguma necessidade emocional básica não atendida ou se está utilizando somente um ME de enfrentamento desadaptativo para evitar emoções negativas. No primeiro caso, a validação das emoções é prioritária, enquanto, no segundo, há de se tentar demonstrar os prejuízos daquela forma de lidar com as dificuldades.

Dentro do princípio anteriormente descrito, é desafio para o terapeuta diferenciar o modo criança zangada do modo de enfrentamento desadaptativo provocativo e ataque e, mesmo, do enganador e manipulador.

Como os MEs são ativações concomitantes de diversos EIDs do paciente, é natural que eles disparem EIDs do próprio terapeuta. O conhecimento do terapeuta de seus próprios EIDs e seus gatilhos é de vital importância para um bom trabalho clínico.

Se a TE gera normalmente fortes cargas emocionais nos pacientes, no trabalho com os MEs essa ativação é ainda mais intensa. Isso requer que o terapeuta fique atento à capacidade pessoal e das redes de apoio do paciente, para que este possa se sentir confortado entre as sessões, até que os EIDs, MEs e estilos de enfrentamento mudem seus níveis de ativação.

Quanto mais intenso for o trabalho com os MEs e de imagens mentais, maior será a importância da reparentalização limitada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evolução do trabalho da TE com os construtos dos MEs representou um avanço significativo no tratamento de patologias graves da personalidade, bem como de problemas e populações resistentes às abordagens tradicionais das terapias cognitivas. Se, por um lado, tal avanço foi seguido de pesquisas comprovando suas vantagens e ganhos clínicos, por outro, indicou o elevado

treinamento requerido dos terapeutas para que consigam diagnosticar corretamente qual ME está ativado em cada momento e, ainda, perceber vieses interpretativos causados pelo acionamento de seus próprios EIDs (Masley, Gillanders, Simpson, & Taylor, 2012).

O trabalho com os MEs é, possivelmente, a mais poderosa ferramenta da TE no presente, pois aglutina todos os demais conceitos com técnicas de ativação emocional e de ressignificação de memórias da infância e adolescência (Renner et al., 2013).

É condição *sine qua non* para o terapeuta do esquema conhecer muito bem seus EIDs, as pistas de quando algum deles está ativado, bem como os gatilhos que os trazem à tona. Só assim o psicoterapeuta conseguirá levar a cabo os processos de reparentalização limitada e de confrontação empática adequadamente.

REFERÊNCIAS

- Arntz A. (2012). Schema therapy for cluster C personality disorders. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Willey-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice* (pp. 397-414). Malden: Wiley-Blackwell.
- Bernstein, D. P., Arntz, A., & Kuelen-de Vos, M. (2007). Schema focused therapy in forensic settings: theoretical model and recommendations for best clinical practice. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6(2), 169-183.
- Bernstein, D. P., Nijman, H. L. I., Karos, K., Kuelen-de Vos, M., Vogel, V., & Luckner, T. P. (2012). Schema therapy for forensic patients with personality disorders: design and preliminary findings of a multicenter randomized clinical trial in the Netherlands. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11(4), 312-324.
- Genderen, H. V., Rijkeboer, M., & Arntz, A. (2012). Theoretical model: Schemas, coping styles, and modes. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Willey-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice* (pp. 27-40). Malden: Wiley-Blackwell.
- Masley, S. A., Gillanders, D. T., Simpson, S. G., & Taylor, M. A. (2012). A systematic review of the evidence base for schema therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(3), 185-202.
- Renner, F., van Goor, M., Huibers, M., Arntz, A., Butz, B., & Bernstein, D. (2013). Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: Associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behaviour Research and Therapy*, 51(8), 487-492.
- Weertman, A., & Arntz, A. (2007). Effectiveness of treatment of childhood memories in cognitive therapy for personality disorders: A controlled study contrasting methods focusing on the present and methods focusing on childhood memories. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2133-2143.
- Young, J. E. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos da personalidade: Uma abordagem focada em esquemas* (3. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.

LEITURA SUGERIDA

Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

[NT] É fundamental que o último “modo” a falar no diálogo seja o adulto saudável.



Parte III

FOCOS DE INTERVENÇÃO



capítulo 9

O PAPEL PREVENTIVO DA TERAPIA DO ESQUEMA NA INFÂNCIA

**Kelly Paim
Martha Rosa**

Intervenções psicoterápicas na infância, além dos benefícios em curto prazo, são também fundamentais em seu papel preventivo, considerando que sintomatologias psicopatológicas dessa fase do desenvolvimento são, muitas vezes, preditoras de transtornos mentais graves na vida adulta (Calvete, 2013; Hinrichsen, Sheffield, & Waller, 2007; Sheffield, Waller, Emanuelli, & Murray, 2006). As consequências de estresse precoce são observadas inclusive no desenvolvimento estrutural e funcional do cérebro (Martins, Tofoli, Baes, & Juruena, 2011; Tofoli, Baes, Martins, & Juruena, 2011), e, além disso, a exposição a experiências nocivas nessa faixa etária resulta em modelos desadaptativos na construção de crenças sobre si mesmo, sobre os outros e sobre as relações (Cecero & Young, 2001; Mason, Platts, & Tyson, 2005; Young, Klosko, & Weishaar, 2008). Com isso, vivências precoces nocivas e sintomatologias infantis não tratadas ocasionam duradouras consequências negativas no desenvolvimento neuropsicológico e na estruturação da personalidade.

Entre os mais relevantes aportes teóricos que voltam atenção para esse tópico, a terapia do esquema (TE) tem demonstrado grande validade, focalizando o entendimento da relação entre as vivências na tenra infância e o desenvolvimento de disfunções na vida adulta. Muito embora os esquemas de personalidade ainda estejam em processo de formação nesse período da vida, a TE também pode ser adaptada ao público infantil de forma inovadora e preventiva (Wainer, 2014).

A IMPORTÂNCIA DA SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES

EMOCIONAIS PRIMORDIAIS INFANTIS NO DESENVOLVIMENTO

Jeffrey Young desenvolveu sua teoria entendendo que, ao longo do desenvolvimento emocional, o ser humano passa por um processo de maturação da personalidade que envolve alguns estágios sucessivos, nos quais diversos desafios e necessidades são apresentados (Petersen & Wainer, 2011; Young et al., 2008). O autor entende que existem cinco necessidades emocionais fundamentais a serem satisfeitas, a saber: vínculo seguro com outros indivíduos; percepção de competência e autonomia; limites realistas em relação aos outros e ao ambiente onde vive; orientação em relação às próprias necessidades; liberdade de expressão autêntica das emoções e dos sentimentos.

Essas necessidades são universais, ou seja, embora algumas pessoas as tenham mais do que outras por diferenças biológicas inatas (temperamento), todas são cruciais para o desenvolvimento emocional saudável; portanto, quando supridas adequadamente, os esquemas mentais que se formam são funcionais. Uma criança saudável e feliz é, assim, aquela que tem a sensação de proteção, estabilidade e cuidado internalizada, sendo dotada de um senso de capacidade e independência, bem como de uma percepção de responsabilidade consigo e com as pessoas com quem convive. Além disso, consegue ter foco adequado nas suas necessidades e nas dos outros, demonstrando assertiva e espontaneamente seus sentimentos e escolhas (Farrell, Reiss, & Shaw, 2014). Na Tabela 9.1 estão descritas as necessidades primordiais para o desenvolvimento saudável da personalidade, bem como as características do ambiente que consegue supri-las.

TABELA 9.1

Necessidades emocionais primordiais para o desenvolvimento saudável da personalidade, características de ambientes supridores e EIDs prevenidos

Necessidades emocionais do desenvolvimento	Ambiente supridor	EIDs prevenidos
Vínculo seguro, proteção, segurança, estabilidade e cuidado	Ambiente caloroso, que genuinamente se interessa pela criança, fazendo-lhe sentir-se amada e segura por meio da sensação de conexão, afeto, cuidado, estabilidade, segurança e paciência.	Abandono/instabilidade; desconfiança/abuso; privação emocional; defectividade/vergonha; isolamento social

Autonomia e competência	Pais que reforçam as competências individuais dos filhos, aumentando sua autoconfiança e sua capacidade de se individualizar, havendo um equilíbrio adequado entre cuidar sem superproteger.	Dependência/incompetência; vulnerabilidade; emaranhamento; fracasso
Limites realistas	Ambiente que propõe limite afetivo, estabelecendo adequadamente a noção de responsabilidade consigo e com outros indivíduos.	Arrogo/grandiosidade; autocontrole/autodisciplina insuficientes
Validação das necessidades e emoções	Pais que permitem à criança expressar o que deseja e sente, ao mesmo tempo que aprende a levar a necessidade alheia em consideração, havendo um equilíbrio adequado entre as partes.	Subjugação; autossacrifício; busca de aprovação/busca de reconhecimento
Expressão assertiva dos sentimentos e escolhas espontâneas	Ambiente que permite à criança expressar suas necessidades e seus sentimentos espontaneamente, mostrando um interesse empático e genuíno por essa manifestação.	Negativismo/pessimismo; inibição emocional; padrões inflexíveis; postura punitiva

Em contrapartida, relações primárias e vivências precoces que não satisfaçam significativamente tais necessidades explicam a origem dos esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) (McCarthy & Lumley, 2012; Young et al., 2008). Um estudo conduzido por Wright, Crawford e Del Castillo (2009) contribuiu para o entendimento da relação entre vivências infantis nocivas, construção dos EIDs e sintomas emocionais na vida adulta. Os resultados da pesquisa revelaram que as percepções de negligência e abuso emocional na infância exercem influência sobre os sintomas de ansiedade, depressão e dissociação posteriores, sendo que os EIDs foram identificados como variáveis mediadoras entre as experiências infantis e os sintomas emocionais na vida adulta.

Com isso, os EIDs, gerados remotamente na infância em função de uma adaptação às necessidades emocionais não satisfeitas, são utilizados como verdades absolutas e tendem a ser perpetuados ao longo da vida do indivíduo. A perpetuação esquemática ocorre na medida em que uma série de manobras cognitivas, comportamentais e emocionais é utilizada com o objetivo de manter padrões esquemáticos já conhecidos. Desse modo, as privações sentidas na infância são, geralmente, experimentadas e mantidas posteriormente, pois experiências cotidianas servirão como gatilhos de ativações de memórias esquemáticas sensoriais, cognitivas e emocionais precoces, gerando comportamentos disfuncionais. Esses padrões arraigados são responsáveis pelo desenvolvimento de sintomatologia de transtornos

mentais e problemas graves de relacionamentos (Calvete, 2013; Paim, Madalena, & Falcke, 2012; Wright et al., 2009).

ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS PARA PREVENÇÃO DOS ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS NA INFÂNCIA

Na TE, um dos focos mais importantes no trabalho com crianças é o auxílio aos pais, que tem por objetivo habilitá-los a suprir adequadamente as necessidades emocionais dos filhos, prevenindo, assim, os EIDs. Para tanto, inicialmente, é necessário realizar uma avaliação profunda da criança, avaliando-se a fase do desenvolvimento emocional, aspectos do seu temperamento, sintomas (internalizantes e externalizantes) e detalhes da história de vida, a fim de identificar as necessidades emocionais não supridas, o que facilita a elaboração de estratégias terapêuticas ideais para o caso.

O terapeuta deve, portanto, realizar o trabalho de reparar a criança nas necessidades que precisam ser satisfeitas. Além da relação terapêutica reparadora, é necessário ajudar os pais ou cuidadores sobre a melhor forma de agirem com seus filhos, praticando atitudes parentais reparadoras, como mostra a Tabela 9.2. A psicoeducação dos cuidadores sobre as etapas do desenvolvimento da personalidade também é importante, ressaltando as necessidades básicas que eles devem suprir para que ocorra a construção de esquemas mentais saudáveis em seus filhos (Wainer, 2014).

TABELA 9.2

As necessidades emocionais do desenvolvimento e as atitudes parentais reparadoras

Necessidades emocionais do desenvolvimento	Algumas atitudes parentais reparadoras
Vínculo seguro	• Expressar afeto, estabelecendo a noção de vínculo seguro com carinho. • Validar emocionalmente, conectando-se e mostrando à criança que ela está sendo compreendida. • Mostrar interesse e averiguar se as necessidades de cuidado do filho estão sendo atendidas. • Estabelecer na rotina diária um período em que possam ficar juntos, enfatizando a importância de ter esses períodos íntimos com qualidade. • Abraçar, acariciar e olhar a criança nos olhos. • Demonstrar estabilidade emocional.
Autonomia e competência	• Reforçar as competências dos filhos, aumentando sua autoconfiança e a capacidade de se individualizar. • Estimular adequadamente na criança atitude e autonomia, de forma gradativa (considerando a idade), como, por exemplo, optar pelo jogo que gostaria de brincar e escolher a roupa que quer vestir para ir à escola, instigando-a para a realização de tarefas cotidianas por conta

	própria.
Limites realistas	• Estabelecer uma rotina definida com disciplina, fazendo os filhos sentirem-se mais estruturados internamente e ser mais responsáveis com suas atividades. • Ao estabelecer limites, procurar sempre olhar nos olhos e dar as instruções adequadas à idade, com frases simples e curtas. • Usar um tom de voz firme, mas sem gritos e ofensas. • Elogiar o cumprimento das regras. • Quando possível, explicar os motivos das regras. • Sempre relacionar os castigos ao comportamento inaceitável. • Considerar se regras e castigos estão adequados para a idade.
Validação das necessidades e emoções	• Estimular a liberdade em realizar espontaneamente os seus próprios desejos, fazendo a criança entender que precisa haver um equilíbrio entre suas necessidades e as dos outros. • Não condicionar o amor e aceitação a passividade e submissão. • Preservar a criança do envolvimento excessivo em problemas familiares.
Expressão assertiva dos sentimentos e escolhas espontâneas	• Ter momentos familiares felizes e de lazer, mostrando a ela que não é errado se divertir e ser espontâneo. • Brincar com o filho, servindo como modelo de diversão e espontaneidade. • Demonstrar sentimentos e emoções.

Crianças que vivenciam relações primárias instáveis, em ambiente familiar de privações, negligências, abusos e rejeições, estão propensas a desenvolver EIDs do domínio esquemático desconexão e rejeição (privação emocional, abandono, desconfiança/abuso, defectividade/vergonha e isolamento social). Quando a criança não se sente amada, segura, protegida e cuidada adequadamente, ela sofre marcas importantes, levando ao longo da vida a expectativa de que suas necessidades de segurança, estabilidade, carinho, empatia, aceitação e respeito não serão atendidas (Farrell et al., 2014; Messman-Moore & Coates, 2007; van Vlierberghe, Timbremont, Braet, & Basile, 2007).

Portanto, no treinamento de pais é fundamental que o terapeuta destaque a importância da estabilidade dos cuidadores para que a criança tenha segurança nos vínculos. O profissional deve auxiliar para que essa relação entre pais e filhos se estabeleça de uma maneira mais saudável, que o tempo de interação entre eles aumente em duração e qualidade, buscando uma atenção adequada às necessidades das crianças. Além disso, é preciso ressaltar a importância da demonstração de afeto, estimulando a sensação de aceitação e amor incondicional. Assim, reforça-se a importância dos elogios sinceros, melhorando a autoestima de seus filhos e mostrando as noções de valor, importância e pertencimento.

Já para a criança que sofre da falta de senso de competência e autonomia, que tem maior dificuldade de se diferenciar de seus pais, o ambiente pode ter sido demasiadamente superprotetor ou, no outro extremo, negligente, gerando esquemas como o de fracasso, dependência/incompetência, vulnerabilidade e emaranhamento (Lopes, 2011). No treinamento de pais, o terapeuta os auxilia a reforçar as competências individuais de seus filhos, aumentando sua autoconfiança e capacidade de se individualizar. Estimula-se, por exemplo, que a criança possa optar pelo jogo que gostaria de brincar e escolher a roupa que quer vestir para ir à escola, instigando-a para a realização de tarefas cotidianas por conta própria (considerando a idade), ou seja, estabelecendo, nas pequenas coisas, a noção de capacidade, independência e competência.

No tratamento de crianças que apresentam déficits na necessidade de limites realistas, o terapeuta deve explicar aos pais a importância do limite para a estruturação da personalidade, destacando que isso ajudará a criança a se tornar um adulto mais tolerante e sociável. Os EIDs comumente desenvolvidos por essa falta de limites realistas são: grandiosidade/arrogo e autodisciplina/autocontrole insuficientes. A criação de uma rotina com regras claras é estimulada, sempre em adequação à idade e exequível. Também é importante o auxílio para que os pais consigam lidar com as estratégias utilizadas pela criança a fim de burlar as regras definidas. Para isso, a técnica de *role-play* deve ser utilizada, sendo que o terapeuta precisa corrigir formas inadequadas de dar limites, incluindo postura passiva e/ou agressiva.

Falhas na satisfação da necessidade de orientação aos seus próprios desejos e satisfações podem dar origem a crenças e regras de direcionamento excessivo para o cuidado e a satisfação dos outros. Os EIDs que podem ser desenvolvidos nesse domínio são os de subjugação, autossacrifício e busca de aprovação. O ambiente de origem típico tem uma atmosfera de aceitação condicional, ou seja, as crianças precisaram suprimir importantes aspectos de si mesmas para receber amor, atenção e aprovação dos pais. Em muitas famílias, as necessidades emocionais dos pais são mais valorizadas do que as dos filhos (Young et al., 2008). O terapeuta auxilia os cuidadores a estimular a liberdade da criança em realizar espontaneamente os seus próprios desejos, fazendo ela entender que precisa haver um equilíbrio entre suas necessidades e as dos outros.

Por fim, quando a necessidade de liberdade de expressão autêntica das emoções e dos sentimentos não é suprida adequadamente, os indivíduos

tendem a suprimir os sentimentos e as necessidades de forma exagerada, buscando sempre cumprir regras rígidas internalizadas com relação a seu próprio desempenho. Famílias severas, reprimidas e rígidas, nas quais o autocontrole predominou sobre a espontaneidade e o prazer, apresentam dificuldades para suprir tal necessidade. Os EIDs originados desse domínio são o de negativismo, inibição emocional, padrões inflexíveis e postura punitiva (Cazassa & Oliveira, 2008). No treinamento de pais, o terapeuta estimula, por exemplo, que tenham momentos felizes e de lazer com suas crianças, mostrando a elas que não é errado se divertir e ser espontâneo. Além disso, deve-se instruir sobre a importância da demonstração de interesse empático e genuíno na expressão das emoções da criança, permitindo que ela expresse seus sentimentos, bem como auxiliá-la na compreensão do que está sentindo. Essa interação permitirá que a criança aprenda o sentido de sua emoção, atribuindo um significado adequado e desenvolvendo recursos apropriados para o manejo dela (Caminha, 2014).

Os esquemas parentais são de extrema importância para a relação saudável com seus filhos, pois eles também são moldados por experiências individuais como crianças em suas próprias famílias. Nesse sentido, é de extrema importância identificar os EIDs dos pais que dificultam a evolução do tratamento. Quanto mais autoconhecimento e conhecimento das suas situações ativadoras de EIDs os cuidadores tiverem, mais preparados estarão para lidar com as dificuldades da parentalidade e, assim, conseguirão ter uma relação mais saudável com seus filhos.

Os esquemas parentais adaptativos auxiliam para que os cuidadores não sejam dominados por sentimentos negativos como medo, raiva e desconfiança, mas, pelo contrário, sejam nutridos de sentimentos como interesse, orgulho e amor. Em contrapartida, pais com fortes EIDs são, com frequência, dominados por ativações esquemáticas que interferem de forma destrutiva na criação dos filhos (Azar, Nix, & Makin-Byrd, 2005). Por isso, em muitos casos, os cuidadores devem ser encaminhados para terapia individual.

EXEMPLO CLÍNICO

Rodrigo, 8 anos, foi encaminhado para atendimento em uma clínica de Porto Alegre. A queixa principal era da escola, sendo que sua mãe nunca pareceu de fato preocupada com o filho. No primeiro encontro, o relato da cuidadora demonstrou que a criança tinha fortes traços de

depressão, chegando a verbalizar que era uma pessoa ruim e que havia sido encontrada na lata do lixo.

Ao iniciar o tratamento, ficou claro que além daqueles sintomas iniciais relatados pela mãe, havia um forte descontrole de impulsos. Rodrigo batia nos colegas quase todos os dias. O menino também não acompanhava o desenvolvimento intelectual quando comparado às outras crianças da sua faixa etária, não conseguindo aprender o conteúdo em decorrência dos descontroles diários na sala de aula.

Simultaneamente aos seus descontroles emocionais, Rodrigo vivia uma negligência afetiva muito forte por parte dos pais. Aos poucos, a história do menino foi descoberta: sua gestação não havia sido planejada nem bem aceita pela família. Ao nascer, seu pai o abandonou e o rejeitou. Sua mãe, não suportando o fato de lidar com o papel materno, se rendeu aos jogos e à bebida, passando dias fora de casa e negligenciando absolutamente qualquer tipo de cuidado ao filho. Rodrigo, por sua vez, ficava com a avó materna.

Com o conhecimento da história, ficou evidente que Rodrigo, desde os primeiros momentos de vida, vivenciou um ambiente inseguro com relações instáveis. A insegurança nos vínculos primários estava construindo no menino EIDs do domínio esquemático desconexão e rejeição, típicos de um ambiente carente de sensações de estabilidade, compreensão e amor. Com isso, foi estabelecido um treinamento de pais semanal com a mãe. Inicialmente, a terapeuta a ajudou a aprender a suprir as necessidades de vínculo seguro de que seu filho precisava. Foi acordado um tempo de brincadeira por dia, momento para a mãe dar atenção exclusivamente para Rodrigo, algo que nunca havia desejado por espontânea iniciativa. Posteriormente, a terapeuta trabalhou muito o engajamento da cuidadora na vida escolar do filho, já que ela nunca comparecia à escola quando era chamada. Foi solicitado que participasse 1 hora por dia das realizações das tarefas escolares do filho em casa. Não obstante, foram realizadas reuniões com professores, coordenadores e diretora, junto com a mãe do menino, para auxiliar no relacionamento entre as partes; nesses momentos, a terapeuta servia como modelo parental saudável. Também é importante ressaltar que a mãe de Rodrigo foi encaminhada para tratamento psicoterápico individual com outro terapeuta.

Durante o tratamento, a profissional buscou adaptar o conceito de modos esquemáticos, proposto pela TE, para a terapia infantil. Inicialmente, trabalhou-se na sensação do “vulcão” interno do paciente, que muitas vezes explodia. Rodrigo nomeou esse seu modo como seu “Lado Hulk”, que quando era ativado o deixava enfurecido, impedindo-o de se conter. Os momentos de explosão eram desencadeados pela ativação do seu modo criança zangada. Esse modo proposto por Jeffrey Young entende que o paciente libera a raiva diretamente em resposta às necessidades fundamentais não atendidas relacionadas aos esquemas nucleares (Young et al., 2008). Com Rodrigo, trabalharam-se o manejo de raiva e formas mais adaptativas de lidar com esse sentimento. Tal fato fica evidenciado no trecho da sessão transcrito a seguir.

(Terapeuta e Rodrigo estavam brincando, e o fim da sessão estava chegando)

Terapeuta: Rodrigo, está na hora de guardarmos os brinquedos, a sessão está chegando ao fim.

Paciente: Ah! Só mais um pouquinho!

Terapeuta: Rodrigo, o que combinamos? Está no nosso horário.

Paciente: Ah! Que saco isso [cruza os braços e começa a ficar irritado].

Terapeuta: O que está acontecendo?

Paciente: Você nunca deixa eu fazer nada mesmo [começa a ter ataques de raiva, chutar o sofá e gritar].

Terapeuta: [abraça o paciente para contê-lo] Eu sei que agora o “Lado Hulk” está ligado porque você queria ficar mais e porque é difícil quando a sessão chega ao fim. Mas tenha calma, respire, e vamos esperar isso passar. Não é preciso reagir assim, semana que vem vamos nos encontrar novamente aqui e continuamos.

[Paciente se tranquiliza.]

Terapeuta: Esse seu “Lado Hulk” não faz bem. Quando você reage desse modo, as pessoas não conseguem entender. Vamos treinar outra maneira de expressar o que você está sentindo?

[Paciente e terapeuta fazem *role-play* de como a situação poderia ter sido diferente e como o paciente poderia ter mostrado adequadamente o que estava sentindo e de que precisava naquele momento.]

Nessa vinheta, fica clara a ativação emocional de Rodrigo por não querer ir embora da sessão. Situações como essa aconteceram muitas vezes, e, ao longo do tratamento, buscou-se substituir os comportamentos raivosos da criança por comportamentos que pudessem expressar efetivamente suas emoções e necessidades. Nesses momentos, procurava-se escutar a expressão das necessidades, identificando o real motivo da ativação emocional. Rodrigo tinha expectativas de abandono e de não satisfação das necessidades. Assim, a terapeuta precisou dar-lhe limites com afeto, deixando claro que teriam outra sessão, mas que ele precisaria esperar. Entretanto, o auxílio para desativar o “Lado Hulk” é fundamental antes da técnica de *role-play*, pois quando a ativação emocional é intensa torna-se muito mais difícil que consigamos processar as informações corretamente (Farrell et al., 2014).

Com foco no trabalho de reparentalização parental, foi tentada por diversas vezes a participação do pai no tratamento, mas ele não demonstrou interesse. Assim, além de buscar a reparentalização parental com a mãe e com a terapeuta, outras figuras representativas foram incluídas no tratamento, como os avós e a professora. Além disso, a mãe foi orientada a conversar com Rodrigo sobre o pai quando ele tivesse necessidade, cuidando para não colocar em seu discurso sua mágoa em relação ao término do casamento.

Quando a intensidade da necessidade de vínculo seguro havia diminuído, também ficou claro um prejuízo na necessidade de limites realistas. Dessa forma, a terapeuta começou a trabalhar fortemente com os familiares para que entrassem em sintonia nesse sentido, verificando as dificuldades percebidas. Novamente, apareceu a dificuldade da cuidadora em dizer não, pois isso também significava envolvimento e desgaste emocional.

No caso de Rodrigo, sua mãe foi psicoeducada sobre a importância dos limites e treinada para implementá-los. Ela participou de sessões junto com a criança para que observasse a terapeuta dando limites. Aos poucos, a profissional foi estimulando para que a cuidadora assumisse o papel e, nos últimos 15 minutos da sessão, sem a criança presente, dava-lhe *feedbacks* sobre seu desempenho, destacando os avanços e pontuando o que poderia ser diferente.

EXEMPLO CLÍNICO

Nas sessões individuais de Rodrigo, foi trabalhado o seu modo criança indisciplinada. Este acabou sendo nomeado pelo paciente como “Lado Coringa”, o qual fica exemplificado no trecho da sessão abaixo:

Terapeuta: Rodrigo, hoje eu quero conversar sobre duas coisas importantes!

Paciente: Ah! A gente vai ficar falando de novo!

[Nesse momento, o paciente ativou o “Lado Coringa”, se emburrando e cruzando os braços, pois não queria conversar, queria apenas brincar com a terapeuta.]

Paciente: A gente não vai poder brincar nada! Quero brincar, quero brincar, quero brincar!

[Começa a tentar manipular a terapeuta, dicotomizando a situação e aumentando a proporção do que estava acontecendo.]

Terapeuta: Podemos sim! A gente vai ficar junto até aqui ó [mostra no relógio quando acabará a sessão]. Vamos combinar que conversaremos até o número 6 (metade da sessão).

Paciente: Ah!

[Cruza os braços, sacode as pernas, faz birra no intuito de novamente tentar manipular a terapeuta.]

Terapeuta: O que está acontecendo?

Paciente: Que saco, daí vai ficar pouco tempo pra brincar.

Terapeuta: Eu falei que no 6 nós vamos brincar.

Paciente: Vamos só conversar então e deu, nunca mais vamos brincar.

[Novamente tenta manipular, usando uma estratégia de vitimização.]

Terapeuta: O que incomodou você, Rodrigo?

Paciente: É chato conversar [Emburrado e fazendo manha].

Terapeuta: Ok, eu sei, às vezes ficamos chateados e brabos por não fazer uma coisa que gostaríamos, mas não podemos fazer tudo o queremos o tempo todo. Lembra que temos regras?

Paciente: Lembro.

Terapeuta: Quais são as regras?

Paciente: Conversamos e depois brincamos.

Terapeuta: Rodrigo, por favor, olhe para mim [terapeuta se aproxima do paciente]. Essas regras são para o seu bem. Eu sei que você gosta de brincar comigo, mas vamos conversar primeiro.

Esse lado, segundo Rodrigo, faz tudo para conseguir o que quer, mentindo, fazendo birra, gritando e brigando. Ficava evidente no funcionamento do menino o que Jeffrey Young denomina de modo criança impulsiva e indisciplinada. O autor entende que quando o paciente está com esse modo ativado, age impulsivamente, segundo desejos imediatos de prazer, sem considerar limites ou sentimentos de outras pessoas (Young et al., 2008). Aos poucos, Rodrigo conseguiu perceber que acabava tendo muito mais desvantagens do que vantagens agindo assim. Quando esse lado era ativado na sessão, a terapeuta procurava fazer o menino entender que, dessa forma, não poderia ter suas vontades atendidas, realizando, assim, treino de empatia com o paciente para que ele aprendesse a considerar tanto as suas necessidades quanto as dos outros.

SUGESTÃO DE INTERVENÇÃO DE TREINO DE PAIS EM GRUPO

Esta seção busca estruturar a realização de um treinamento de pais em grupo com o objetivo de proteger a infância das privações nas suas mais distintas formas. Foi idealizado como forma de prevenção, por isso deve ser realizado somente com os cuidadores e antes que quadros psicopatológicos sejam desenvolvidos. O objetivo principal da intervenção é a psicoeducação detalhada a respeito das necessidades básicas que os pais e outras pessoas das relações da criança devem ofertar para o pleno despertar das habilidades e o estabelecimento de esquemas mentais saudáveis (Wainer, 2014).

Encontro 1: Apresentação dos integrantes do grupo e explicação dos objetivos dos encontros. Nesse momento, é importante ressaltar a importância do papel dos cuidadores na saúde emocional dos filhos. Sugere-se a utilização de vídeos ou trechos de filmes para reflexão sobre papel parental.

Encontro 2: Psicoeducação a respeito das necessidades referentes ao vínculo seguro. A discussão é focada na importância de a criança sentir-se cuidada, amada, segura e protegida desde o momento do nascimento; mostram-se, também, as consequências do não suprimento dessa necessidade sobre o desenvolvimento humano.

É feita a verificação da rotina típica da família, averiguando como é a relação entre pais e filhos e destacando os pontos fortes e as deficiências. São apresentadas dicas, como, por exemplo, estabelecer na rotina diária a “hora da brincadeira”, a participação em tarefas cotidianas da criança e outros períodos íntimos com qualidade. Além disso, é ressaltada a importância de tocar nos filhos para que eles se sintam amados e seguros por intermédio do carinho e da proximidade física. Também é destacada a importância de os pais valorizarem o que o filho faz, elogiando-o com gestos e palavras de aprovação. Gestos podem ser abraços, beijos e sorrisos. Exemplos de palavras incluem “Que bom!”, “Excelente!”, “Estou muito orgulhoso de você!”, etc. (Bunge, Gomar, & Mandil, 2012).

Por fim, os pais são orientados a mostrar interesse pelos filhos, buscando informações para saber como estão se sentindo, o que fizeram ao longo do dia, etc. Também é indicado que eles tenham uma comunicação satisfatória com as crianças, demonstrando interesse no contato visual e estabelecendo diálogos com níveis de vocabulário e informação apropriados para o entendimento da criança, conforme a sua idade.

Tarefa de casa do encontro: ter um momento diário a sós com suas crianças (estipular um tempo realista para a rotina da família), escolhendo uma atividade que ambas as partes gostem e aproveitem. É importante orientar que nesse momento não deve haver críticas, ensinamentos ou correções.

Encontro 3: Psicoeducação a respeito da necessidade de autonomia e competência. É realizada uma reflexão sobre a importância de as crianças adquirirem aos poucos sua capacidade de independência e de se diferenciar dos membros da família de origem. Um debate sobre o limite entre cuidar com amor e superproteger é realizado, destacando que a criança precisa se sentir capaz de exercer as pequenas atividades no seu dia a dia para tornar-se um adulto saudável confiante (Bunge et al., 2012). O questionamento sobre os principais medos que dificultam a estimulação da autonomia dos filhos deve ser feito e discutido no grupo.

Tarefa de casa do encontro: observação e registro das atividades que os filhos realizam de forma independente durante o dia, mesmo as menores, como, por exemplo, colocar o creme dental na escova ou escolher a roupa para ir para a escola.

Encontro 4: Psicoeducação a respeito da necessidade de limites. É explicado aos pais a respeito do conceito de limite afetivo, orientando o estabelecimento de regras como uma forma de cuidado e proteção. É preciso ressaltar que uma rotina definida com disciplina faz os filhos se sentirem mais estruturados internamente e ser mais responsáveis com suas atividades. Além disso, os pais são informados de que ter limites e frustrações na infância é extremamente importante, pois as crianças precisam entender que, por mais amadas e desejadas que sejam, não podem fazer tudo que querem (Caminha, 2014).

As seguintes perguntas devem ser feitas para avaliar o contexto das famílias: “Oferecem limites claros em relação ao que a criança pode ou não fazer?”; “Estabelecem regras e responsabilidades para a criança?”; “Permitem que a criança fique brava ou perca o controle?”; “Exageram nos mimos?”; “Fazem a criança se sentir mais especial do que a maioria das pessoas?”; “Ensinam ela a ter responsabilidades para com os outros?” (Petersen & Wainer, 2011).

Nesse encontro, deve ser utilizada a técnica de *role-play* para treinamento da assertividade dos pais. Eles precisam aprender a empregar limites consistentes sem ser muito permissivos ou inflexíveis (Pardini & Lochman, 2009). A definição das consequências de comportamentos inaceitáveis também deve ser realizada.

Tarefa de casa do encontro: praticar em casa com os filhos o que foi treinado na técnica de *role-play*.

Encontro 5: Psicoeducação a respeito da necessidade de orientação em relação às próprias necessidades e às dos outros. Os pais são orientados a mostrar para os filhos que ter um equilíbrio nesse sentido é fundamental para a qualidade de vida. A importância de permitir que a criança siga as suas próprias inclinações e desejos dentro do possível é discutida.

Nesse encontro, é fundamental avaliar como os pais lidam com os problemas pessoais, conjugais e familiares, checando se eles não acabam por envolver demasiadamente a criança. Os pais muito emaranhados com a família de origem também podem ser modelos negativos e devem ser alertados. Por fim, também é preciso avaliar se a valorização dos filhos não está restrita a obediências, submissão e autossacrifício.

Encontro 6: Psicoeducação a respeito da necessidade de expressão autêntica das emoções e dos sentimentos. O terapeuta estimula que os pais tenham momentos felizes e de lazer com suas crianças, mostrando-lhes que não é errado se divertir e ser espontâneo. É importante que seja revisada a rotina de tarefas dos filhos, investigando possíveis sobrecargas.

Além disso, acontece a instrução sobre a importância da expressão dos sentimentos, orientando os pais sobre importância de ensinar seus filhos desde cedo a expressar assertiva e espontaneamente o que pensam e sentem, sempre explicando o que é tolerável no convívio familiar e social (Caminha, 2014). A validação emocional também precisa ser trabalhada, e, nesse momento, deve ser feito um trabalho de educação emocional, identificando nos pais suas emoções básicas e reações emocionais.

Tarefa de casa do encontro: fazer uma lista de atividades prazerosas para a família.

Encontro 7: Realização do Questionário de Estilos Parentais (Anexo 3 do Cap. 6). Nesse momento, é estimulado que os pais reflitam sobre os modelos de cuidadores das suas famílias de origem e também sobre como seus esquemas pessoais possam estar influenciando negativamente a educação e o desenvolvimento de seus filhos.

Encontro 8: Encontro de finalização com os pais. Uma avaliação a respeito da realização dos encontros é realizada. Além disso, uma apostila com o conteúdo trabalhado no grupo pode ser fornecida para que os cuidadores possam ler quando sentirem necessidade de recordar os conceitos.

ARMADILHAS E DICAS

Quando se inicia um processo terapêutico com crianças, é importante alertar os cuidadores que a terapia reorganizará o sistema familiar e que, apesar de, inicialmente, essa reorganização parecer desconfortável, deixará a família mais saudável. Essa conversa inicial pode prevenir o abandono precoce do tratamento.

É extremamente necessária uma avaliação adequada do sistema familiar em que a criança está inserida. Caso a terapia com a criança permaneça com dificuldade de evolução, e os pais ainda apresentem dificuldade de envolvimento no processo, muitas vezes torna-se fundamental um encaminhamento dos cuidadores para terapia individual, de casal ou familiar.

Casos de abuso sexual e violência doméstica devem ser tratados seguindo protocolos específicos de proteção infantil, priorizando medidas protetivas mais drásticas quanto à interrupção dos abusos.

Nos casos em que a estrutura familiar é muito caótica, o terapeuta deve engajar outros cuidadores no processo psicoterápico, como avós, babás ou professores, por exemplo.

O terapeuta deve servir como modelo de como os pais devem agir com os filhos.

Muitas vezes, o terapeuta será a relação mais saudável da criança e, portanto, terá um importante papel de reparentalização.

Na adaptação do trabalho com os modos esquemáticos para a terapia infantil, é bastante válida a utilização de personagens de desenhos animados e histórias infantis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A infância é um momento crucial para o desenvolvimento de esquemas mentais e estruturação da personalidade. Dessa forma, um olhar atento dos profissionais da saúde mental para esse período é extremamente relevante para medidas preventivas de quadros de psicopatologia na vida adulta.

O trabalho em conjunto com os familiares é, na maioria das vezes, a chave para o sucesso terapêutico. O terapeuta pode identificar as necessidades emocionais do desenvolvimento que não estão sendo supridas adequadamente e, junto com os cuidadores, realizar a reparação adequada por meio de um treinamento de pais simultâneo. Também é importante a adaptação das estratégias terapêuticas propostas por Jeffrey Young (2003) para a prática com crianças, ampliando o repertório de intervenção por meio do trabalho com modos e reparentalização.

Por fim, é papel do terapeuta ajudar as crianças na construção de esquemas mentais saudáveis, considerando a relevância de intervenções primárias na prevenção de transtornos mentais. As necessidades emocionais do desenvolvimento propostas por Young embasam um treinamento de pais pontual e eficaz.

REFERÊNCIAS

- Azar, S. T., Nix, R. L., & Makin-Byrd, K. N. (2005). Parenting schemas and the process of change. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(1), 45-58.
- Bunge, E., Gomar, M., & Mandil, J. (2012). *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes: Aportes técnicos* (2. ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Calvete, E. (2014). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 38(4), 735-746.
- Caminha, R. M. (2014). *Educar crianças: As bases de uma educação socioemocional*. Novo Hamburgo: Synopsys.
- Cazassa, M. J., & Oliveira, M. D. S. (2008). Terapia focada em esquemas: Conceituação e pesquisas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(5), 187-195. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000500003

- Cecero, J. J., & Young, J. E. (2001). Case of Silvia: A schema-focused approach. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(2), 217-229.
- Farrell, J. M., Reiss, N., & Shaw, I. A. (2014). *The schema therapy clinician's guide: A complete resource for building and delivering individual, group and integrated schema mode treatment programs*. Malden: Wiley-Blackwell.
- Hinrichsen, H., Sheffield, A., & Waller, G. (2007). The role of parenting experiences in the development of social anxiety and agoraphobia in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 8(3), 285-290.
- Lopes, R. (2011). Contribuições da terapia do esquema de J. Young para a avaliação e o treinamento de pais. In: M. G. Caminha, & R. M. Caminha (Orgs.), *Intervenções e treinamento de pais na clínica infantil*. Novo Hamburgo: Synopsys.
- Martins, C. M. S., Tofoli, S. M. C., Baes, C. V. W., & Juruena, M. (2011). Analysis of the occurrence of early life stress in adult psychiatric patients: A systematic review. *Psychology & Neuroscience*, 4(2), 219-227. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.3922/j.psns.2011.2.007>
- Mason, O., Platts, H., & Tyson, M. (2005). Early maladaptive schemas and adult attachment in a UK clinical population. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78(4), 549-564.
- McCarthy, M. C., & Lumley, M. N. (2012). Sources of emotional maltreatment and the differential development of unconditional and conditional schemas. *Cognitive Behavior Therapy*, 41(4), 288-297.
- Messman-Moore, T. L., & Coates, A. A. (2007). The impact of childhood psychological abuse on adult interpersonal conflict: The role of early maladaptive schemas and patterns of interpersonal behavior. *Journal of Emotional Abuse*, 7(2), 75-92.
- Paim, K., Madalena, M., & Falcão, D. (2012). Esquemas iniciais desadaptativos na violência conjugal. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 8(1), 31-39. Recuperado de: <http://doi.org/10.5935/1808-5687.20120005>
- Pardini, D., & Lochman, J. (2009). Tratamentos para o transtorno de desafio de oposição. In M. Reinecke, F. Datillo, & A. Freeman, *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes: Relatos de casos e a prática clínica*. São Paulo: LMP.
- Petersen, C., & Wainer, R. (2011). Aportes teóricos e técnicos para intervenção em comportamentos impulsivos em crianças. In C. S. Petersen, & R. Wainer (Orgs.), *Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes* (Cap. 4). Porto Alegre: Artmed.
- Sheffield, A., Waller, G., Emanuelli, F., & Murray, J. (2006). Is comorbidity in the eating disorders related to perceptions of parenting? Criterion validity of the revised young parenting inventory. *Eating Behaviors*, 7(1), 37-45.
- Tofoli, S. M. C., Baes, C. V. W., Martins, C. M. S., & Juruena, M. (2011). Early life stress, HPA axis, and depression. *Psychology & Neuroscience*, 4(2), 229-234. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.3922/j.psns.2011.2.008>
- van Vlierberghe, L., Timbremont, B., Braet, C., & Basile, B. (2007). Parental schemas in youngsters referred for antisocial behaviour problems demonstrating depressive symptoms. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 18(4), 515-533.
- Wainer, R. (2014). Intervenções da terapia do esquema no stress precoce. In M. Lipp, (Org.), *Stress em crianças e adolescentes* (pp. 313-333). Campinas: Papirus.
- Wright, M. O., Crawford, E., & Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 59-68.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.



capítulo 10

A TERAPIA DO ESQUEMA PARA INDIVÍDUOS ANTISSOCIAIS

Daniel Rijo
Nélio Brazão
Marta Capinha

O comportamento antissocial pode ser definido como um padrão estável de desrespeito pelos direitos dos outros e/ou de violações de normas e leis sociais. O termo “comportamento antissocial” tem sido utilizado para enquadrar padrões comportamentais com diferentes graus de severidade, que vão desde comportamentos de oposição ligeiros até aqueles que são qualificados pela lei como crime. Tais comportamentos são experimentados como aversivos por aqueles que deles são vítimas ou que estão próximos de quem os exhibe, havendo evidência empírica que sustenta a existência de continuidade entre problemas de comportamento na infância, delinquência na adolescência e criminalidade na idade adulta (Broidy et al., 2003; Dishion & Patterson, 2006; Fonseca, 2000).

Na recente edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5) (American Psychiatric Association [APA], 2013), pelo menos três transtornos mentais enquadram possíveis problemas de comportamento antissocial – transtorno de oposição desafiante (TOD), transtorno da conduta (TDC) e transtorno da personalidade antissocial (TPA). Os dois primeiros costumam surgir na infância e na adolescência, e o último, na idade adulta, motivo pelo qual o indivíduo não pode receber esse diagnóstico antes dos 18 anos de idade. No entanto, e de acordo com o DSM-5 (APA, 2013), para que um paciente possa receber o diagnóstico de TPA, exige-se forte evidência de que preenchia critérios para TDC antes dos 15 anos de idade. O DSM-5 (APA, 2013) reconhece, assim, a tendência para a continuidade e o agravamento das formas severas de comportamento

agressivo e antissocial. Uma alteração recente deve-se à inclusão do especificador “com emoções pró-sociais limitadas” no diagnóstico de TDC. Assim, os clínicos são alertados para a necessidade de identificar um subgrupo de adolescentes com esse transtorno e também tendência para ausência de remorso ou de culpa, indiferença/falta de empatia, despreocupação com o seu desempenho escolar ou profissional e superficialidade/pouca genuinidade do afeto. Existe considerável evidência de que esses sujeitos apresentariam uma forma mais severa e mais dificilmente tratável de problemas de comportamento (Silva, Rijo, & Salekin, 2013, 2015).

Nos últimos anos, diversos estudos têm chamado atenção para a elevada prevalência de transtornos mentais em amostras de menores intervencionados pelos sistemas de justiça juvenil, bem como em amostras de reclusos adultos de ambos os sexos. No que diz respeito aos menores agressores, os trabalhos apontam para prevalência global de patologia mental entre 70 e 95% dos sujeitos avaliados (Rijo et al., 2015; Teplin et al., 2006), sendo TOD e TDC os mais frequentemente diagnosticados, junto com os transtornos relacionados a substâncias, de ansiedade e do humor (Penner, Roesch, & Viljoen, 2011).

No caso dos adultos em contato com o sistema de justiça, a maioria dos estudos tem sido realizada em amostras de indivíduos do sexo masculino que cumprem pena de prisão. Essas pesquisas apontam para taxas de prevalência global de 80% (Brazão, da Motta, Rijo, & Pinto-Gouveia, 2015b, no prelo; Roberts & Coid, 2010), sendo que os transtornos mais prevalentes são os das personalidades antissocial, *borderline*, paranoide e narcisista, tendo os dois primeiros sido consistentemente associados a formas mais severas e violentas de comportamento agressivo (Hiscoke, Lingström, Ottosson, & Grann, 2003).

Todas essas razões apontam para a necessidade de oferecer aos agressores (juvenis e adultos) intervenções focadas na saúde mental, quer em programas implementados na comunidade, quer em contexto de reclusão. Em outras palavras, os indivíduos em contato com os sistemas de justiça (menores ou adultos) têm o estatuto de agressor, mas devem também ser avaliados quanto à necessidade de intervenção e de acesso a tratamento adequado para os seus problemas de saúde mental, sob pena de manterem, após a saída em liberdade, um padrão de desregulação cognitiva, emocional e comportamental que os precipita para a reincidência criminal.

COMPORTAMENTO ANTISSOCIAL: UMA LEITURA BASEADA NOS ESQUEMAS E NOS PROCESSOS ESQUEMÁTICOS

Os modelos mais promissores que fornecem uma visão compreensiva (explicitando origens e fatores de manutenção) do comportamento antissocial são, sem dúvida, os cognitivos. De fato, muito da investigação sobre programas de reabilitação creditados e em uso regular em diversos países atesta a eficácia de programas de natureza cognitivo-comportamental na redução da reincidência criminal. Estudos de metanálise têm sucessivamente demonstrado que tais programas são capazes de provocar uma redução de 10 a 53% nas taxas de reincidência criminal (para uma revisão, consultar McGuire, 2013). Apesar do consenso em torno desses dados, uma linha de pensamento mais recente tem levado teóricos e investigadores a questionarem-se sobre quais as variáveis selecionadas como alvo da intervenção e de que forma a mudança nessas mesmas variáveis se associa a alterações no comportamento e, conseqüentemente, à redução da reincidência criminal.

Quando revemos as abordagens cognitivas que visam explicar a origem e a manutenção do comportamento antissocial, verificamos que existe uma concordância considerável quanto ao papel que as distorções cognitivas desempenham na manutenção desse padrão comportamental. Diversos autores (p. ex., Dodge & Schwartz, 1997; Walters, 1990) têm-se debruçado sobre os estilos de pensamento criminal, evidenciando que erros de pensamento (p. ex., minimização, negação, atribuição de intenção hostil a terceiros) estão fortemente ligados à manutenção do comportamento agressivo e antissocial. Os programas de intervenção influenciados por esses contributos contemplam pelo menos um módulo em que são trabalhadas as distorções cognitivas, procurando que os participantes aprendam a identificá-las, a reconhecer quando estão presentes no seu estilo de processamento de informação social e a combatê-las, procurando conceitualizar a realidade com base em um estilo mais racional e adequado de processamento de informação. No entanto, segundo o modelo cognitivo das perturbações mentais, as distorções operam a serviço de estruturas mais tácitas de processamento de informação – crenças ou esquemas cognitivos –, e esse

foco de intervenção está habitualmente ausente desses mesmos programas ou modelos.

Esquemas mal-adaptativos precoces (EMPs) (Rafaeli, Bernstein, & Young, 2011; Young, 1990; Young, Klosko, & Weishaar, 2003) são estruturas tácitas, com uma origem precoce, que surgem pela repetição sistemática de experiências nocivas para o sujeito, sobretudo durante a infância. Essas vivências nocivas resultam na má resolução de tarefas desenvolvimentais, em que as necessidades emocionais do indivíduo não são satisfeitas, gerando vulnerabilidades em alguns domínios fundamentais para um desenvolvimento saudável. A repetição das experiências nocivas contribui para a estabilidade e importância que os EMPs assumem na autorrepresentação do indivíduo e na forma como este se vê na relação com os outros, sendo progressivamente elaborados ao longo da vida. Constituem-se como padrões cognitivos e emocionais autolesivos, que incluem emoções, cognições, memórias e sensações corporais, bem como orientam o processamento de informação, sendo ativados por situações do cotidiano que sejam relevantes para o seu conteúdo. Um determinado EMP é tanto mais saliente quanto maior o número de situações em que é ativado e quanto mais intenso e duradouro for o afeto negativo que o indivíduo experimenta durante sua ativação.

No que diz respeito aos indivíduos que manifestam comportamento antissocial, a sua história de vida tende a ser caracterizada pela ausência de experiências de proteção e pela presença, em elevada quantidade, de experiências de maus-tratos, exclusão, negligência e abuso. A análise desses fatores de risco bastante identificados na literatura (Capaldi, DeGarmo, Patterson, & Forgatch, 2002; Connor, 2002; Dishion & Patterson, 2006; Moffitt & Caspi, 2000) facilmente se coaduna com o contexto necessário à emergência de determinados EMPs, que, uma vez formados, podem constituir vulnerabilidades para o comportamento antissocial. Alguns estudos (Capinha, 2009; Pinto, 2010; Rijo, 2009) mostraram que sujeitos com comportamento antissocial e perturbações sintomáticas e da personalidade, bem como experiências de vida semelhantes às que estão na origem de determinados EMPs, tendem a pontuar mais no endosso desses mesmos esquemas quando comparados a outros sujeitos, que, não tendo tais experiências em sua história de vida, endossam os esquemas a elas associados de forma menos saliente.

Um número considerável de estudos (p. ex., Ball & Cecero, 2001; Calvete, 2008; Petrocelli, Glaser, Calhoun, & Campbell, 2001) tem demonstrado a associação entre esquemas específicos e comportamento antissocial, e os resultados têm mostrado associação positiva entre os esquemas de abandono, privação emocional, desconfiança/abuso, indesejabilidade social, grandiosidade, autocontrole insuficiente e comportamento agressivo e antissocial. Embora os resultados desse tipo de estudo não sejam totalmente concordantes, Rijo e colaboradores (2007) sugerem que os EMPs associados ao comportamento agressivo e antissocial seriam os relacionados com os domínios de distanciamento e rejeição (abandono, privação emocional e desconfiança/abuso), indesejabilidade e valor (defeito/vergonha, fracasso e indesejabilidade social) e limites mal definidos (grandiosidade e autocontrole/autodisciplina insuficientes). Esses dados apontam para a necessidade de selecionar os EMPs como alvos para a intervenção na reabilitação de indivíduos agressivos e antissociais.

Além do conteúdo de determinado EMP (crença ou proposição), importa também avaliar e intervir sobre os processos esquemáticos (de manutenção, evitamento e/ou compensação) por meio dos quais essas mesmas crenças operam e se mantêm ao longo do tempo. Em indivíduos com comportamento antissocial, os processos esquemáticos parecem ter um papel fulcral na manutenção dos estilos comportamentais e relacionais exibidos. De fato, se considerarmos que comportamentos frequentemente observados nos agressores coincidem com os que são postulados por Young e colaboradores (2003) como decorrentes de processos esquemáticos, faz sentido conceitualizar o comportamento antissocial como resultante não só dos EMPs supracitados, mas também da operação de processos esquemáticos específicos associados a eles.

O recurso a determinado processo esquemático em detrimento de outro depende de múltiplas variáveis, entre as quais parecem ter maior influência o temperamento e o modelamento (Young, 1990; Young et al., 2003). Assim, a adesão precoce a grupos de pares desviantes e a exposição a violência na família e/ou comunidade (fatores de risco para o comportamento antissocial amplamente identificados na literatura) podem ser fatores que contribuem para o recurso a determinado processo esquemático e não a outro. Em outras palavras, o padrão de comportamento agressivo e antissocial que é externalizado resultaria não apenas de um conjunto de esquemas nucleares

típicos do autoconceito desses indivíduos, mas também do recurso a determinados estilos de *coping* com esses mesmos esquemas que são muitas vezes aprendidos no seu meio social de origem e que, não raramente, são adaptativos e aceitos nesse mesmo meio. Note-se, ainda, que um mesmo sujeito pode lidar com diferentes EMPs por meio de diferentes processos; por exemplo, pode compensar os seus pensamentos de defeito e inferioridade com um discurso grandioso e, em outros casos, simplesmente evitar contextos e situações em que seu esquema de defeito seria ativado. Os processos esquemáticos geram respostas mal-adaptativas, que, por sua vez, geram níveis elevados de afeto disruptivo, tornando a modificação do padrão de comportamento antissocial difícil e resistente às técnicas cognitivas tradicionais.

O PROCESSO TERAPÊUTICO

Início do processo e abordagem motivacional

No tratamento de indivíduos antissociais, o terapeuta deve estar ciente de que lidará inicialmente com níveis acentuados de resistência à mudança. A maioria desses sujeitos foi forçada por alguém (cônjuge, por exemplo) ou obrigada pelas autoridades a participar da terapia (p. ex., no âmbito de uma injunção judicial que obriga a frequentar tratamento). O estabelecimento de uma aliança terapêutica, tão necessária às intervenções em pacientes com patologia da personalidade, torna-se, nesses casos, um objetivo mais difícil de alcançar, e o terapeuta deve colocar nisso todos os seus esforços. Deve também estar ciente de que o contexto da psicoterapia, porque envolve proximidade relacional, exploração do eu do doente e contato com experiência traumática precoce, é ameaçador para esses indivíduos, sendo normal que evitem a sessão, que se refugiem em conversas pouco relevantes, que evitem falar de si mesmos ou que ataquem o terapeuta, procurando provocar rupturas na aliança terapêutica desde o início. Assim, o profissional deve estar atento às dificuldades que o contexto terapêutico coloca a esses pacientes e procurar acolhê-los em uma atitude franca e direta, mostrando-se empático, compreensivo ante a dificuldade do doente em aceitar esse tipo de intervenção. Deve mostrar total abertura e disponibilidade para compreender

os pontos de vista do indivíduo sobre os seus problemas, o seu comportamento e as consequências dele (familiares, legais ou outras).

O comportamento agressivo e antissocial, mesmo que, da nossa perspectiva, constitua um padrão de comportamento mal-adaptativo e disfuncional, tem, como outros tipos de patologia, vantagens para o doente (evita que se sinta depreciado, garante *status* e poder sobre os outros, por vezes constitui um estilo de vida altamente lucrativo). O terapeuta deve esforçar-se por reconhecer e identificar tais vantagens com o paciente, mostrando que é capaz de compreender que em qualquer conduta ou comportamento existem sempre vantagens e desvantagens para a pessoa. Ao fazê-lo, procurará colocar-se no lugar do sujeito, em uma atitude não moralista nem ajuizadora, uma vez que qualquer juízo ou comentário crítico ou moral pode ser percebido como um ataque ou rejeição, conduzindo a um aumento da resistência do doente. Tratando-se de um trabalho focado nas crenças acerca do eu e dos outros, a terapia dos indivíduos antissociais incide sobre a própria estrutura do eu. É, portanto, razoável que nos defrontemos com elevada resistência à mudança, uma vez que se trata de mudar a própria identidade do sujeito.

Embora as estratégias motivacionais não costumem fazer parte dos manuais de terapia do esquema (TE), a nossa experiência no tratamento de indivíduos antissociais (menores e adultos) tem permitido constatar que o recurso às estratégias motivacionais é precioso com esses pacientes. Tais estratégias são recomendadas para todos os casos em que exista negação do problema e sempre que o doente não reconhece nem sua existência, nem a necessidade de mudar. Ao lançar mão dessas estratégias, o terapeuta procura potenciar a adesão ao processo terapêutico e criar uma aliança terapêutica na qual o paciente se sinta aceito incondicionalmente. Ainda que, mais adiante na terapia, possa assumir uma postura de confrontação empática, tanto os esquemas de desconfiança/abuso e de defeito/vergonha como o *coping* habitual dos indivíduos agressores com situações ameaçadoras (p. ex., atacar o outro) levam-nos a recomendar a abordagem motivacional como a estratégia mais adequada para engajar esses pacientes no processo de mudança.

Das várias estratégias utilizadas no contexto das intervenções motivacionais (para mais detalhes, consultar Miller & Rollnick, 2002), a reflexão simples, a reflexão ampliada e a ênfase na liberdade de escolha do

sujeito são habitualmente as mais úteis nas primeiras fases. Na *reflexão simples*, o terapeuta limita-se a resumir para o paciente aquilo que este comunicou (“Deixe-me ver se eu entendi bem o que você estava tentando me dizer...”). Com esse recurso, o profissional evita o questionamento sistemático ao doente (que pode ser mal interpretado em indivíduos agressivos e com tendência para a desconfiança) e permite que este escute, com mais calma, aquilo que comunicou anteriormente, dando oportunidade de complementar informação já fornecida. Ajuda a manter a conversa e informa que o terapeuta se esforça por estar atento e compreender genuinamente o paciente. Na *reflexão ampliada*, o profissional devolve ao indivíduo a informação que já foi fornecida, mas amplia as partes que o sujeito minimiza ou nega, procurando diminuir sua resistência (“Deixe-me ver se entendi. Se percebi bem o que me estava a dizer, parece que você, mesmo que não tivesse agredido a sua companheira, naquele momento sentiu-se tão atacado que não havia nada, absolutamente nada, que pudesse ter feito a não ser agredi-la. Entendi bem?”). No uso da reflexão ampliada, o terapeuta deve ter cuidado para não utilizar um tom de voz sarcástico ou irônico que possa ser interpretado como gozo, incredulidade ou rebaixamento. A ideia é confrontar o paciente com os seus absolutismos, a fim de que assuma uma posição de menor resistência (“Bem... eu não fui capaz de fazer outra coisa a não ser agredi-la... mas talvez houvesse uma alternativa para resolver o problema”). *Enfatizar a liberdade de escolha do sujeito* constitui um dos pilares do estilo terapêutico da entrevista motivacional e é uma técnica muito útil. Com o objetivo de diminuir a resistência à mudança, o terapeuta deve, sempre que achar oportuno, salientar que ninguém obriga o sujeito a mudar se ele não estiver disposto a isso. Em outras palavras, cada um é dono da sua própria vida e tem o direito de decidir, escolher e fazer aquilo que acredita ser o melhor para si. Sempre que o terapeuta fizer uma sugestão de mudança (seja em formas de interpretar a realidade, mudanças a operar, seja em comportamentos alternativos) e verificar que o paciente resiste, por exemplo, desqualificando a sugestão ou contra-argumentando, uma boa forma de aplicar a referida estratégia consiste em dizer: “Não é minha intenção impor-lhe nada, apenas quero ajudá-lo a pensar naquilo que possa ser melhor para você... seja o que for que decida fazer, deve escolher aquela que considera ser a melhor opção!”. Essa abordagem dá total liberdade ao sujeito para pensar livremente sobre

alternativas de resposta ou de reação e é capaz de diminuir sua resistência quanto a considerar alternativas mais saudáveis de comportamento, deixando também a responsabilidade da escolha nas mãos do paciente.

Existem outras estratégias motivacionais igualmente úteis em uma intervenção com indivíduos antissociais, mas que não podem, por questões de espaço, ser detalhadas aqui. O manual de Miller e Rollnick (2002) constitui uma boa fonte para conhecer detalhadamente as técnicas da entrevista motivacional.

Lidar com o evitamento e a compensação do esquema

Se grande parte da resistência à mudança pode ser atribuída aos processos cognitivos de manutenção dos esquemas (distorções sistemáticas no processamento de informação que garantem a manutenção da crença nuclear como válida), outros estilos de *coping* com os esquemas têm sido descritos como relevantes na manutenção da patologia da personalidade. Como referimos anteriormente, os indivíduos antissociais recorrem com frequência ao evitamento e/ou à compensação do esquema, motivo pelo qual esses mecanismos devem ser trabalhados na psicoterapia, permitindo ao paciente aceder de modo gradual aos temas negativos da visão de si e dos outros (EMPs), que devem, posteriormente, ser alvo da mudança terapêutica.

Sobre a *compensação de esquema*, sabemos que se trata de um estilo de *coping* visando proteger o sujeito das cognições e do afeto negativo associados ao esquema primário. A compensação traduz-se pelo envolvimento em comportamentos opostos aos esperados a partir do esquema primário e pode, em alguns indivíduos, conduzir à formação de um esquema compensatório (cognições, atitudes e tendências para a ação opostas às derivadas do primário que está a ser compensado). Os indivíduos antissociais apresentam-se frequentemente como superiores aos outros, sem medo, corajosos e fortes, manifestando atitudes e comportamentos que apontam para a existência de um esquema de grandiosidade. No entanto, a partir das suas histórias desenvolvimentais, tal esquema parece ser mais bem explicado como resultado de um *coping* disfuncional com crenças nucleares de defeito/vergonha, fracasso e indesejabilidade. Os sentimentos de não valor e inferioridade, as experiências de fracasso nas aprendizagens escolares e o tratamento diferencial por parte da instituição aos alunos mais

desfavorecidos, bem como experiências de rejeição por pares pró-sociais durante a infância e adolescência, permitem compreender a origem dos EMPs primários típicos do autoconceito desses indivíduos. O desenvolvimento de um esquema compensatório de grandiosidade surge, portanto, como uma tentativa parcialmente bem-sucedida para evitar a ativação de um ou mais dos EMPs primários. Ao sentir-se superior aos outros, o indivíduo consegue manter sentimentos de mais-valia e evitar o autocriticismo e a autodepreciação em geral associados aos EMPs de defeito/vergonha, fracasso e indesejabilidade social. É comum os agressores referirem que, pelo exercício da coação sobre os demais, alcançam o respeito destes, ignorando que lhes obedecem pelo medo da retaliação, e não tanto pela admiração que sentem por eles (embora, em um grupo de pares com comportamento desviante, o mais forte ou que comete as agressões mais severas possa ser alvo de admiração por isso). Esse mecanismo compensatório constitui um dos motivos pelos quais os indivíduos antissociais resistem à mudança de um estilo de comportamento agressivo e dominante. É o comportamento agressivo que assegura uma posição de dominância sobre os demais. Desistir de estratégias agressivas equivale a correr o risco de depreciação, de ser dominado por outros mais fortes ou mais capazes e a resignar-se a uma posição inferior no *ranking* da comparação social.

Embora o comportamento agressivo deva ser social, moral e legalmente condenado, na terapia deve ser conceitualizado como uma forma de proteger o sujeito de sentimentos de humilhação, rebaixamento e inferioridade. De certo modo, fornece-lhe estatuto social nos seus grupos de pertença e, no caso de indivíduos que cresceram em ambientes hostis, constitui também uma estratégia de sobrevivência. Em outras palavras, tal como o perfeccionismo ou uma ênfase excessiva no sucesso acadêmico ou na popularidade e riqueza podem camuflar sentimentos de defeito e rejeição, o comportamento antissocial pode cumprir essa mesma função de forma bastante eficaz. Um foco importante da intervenção consiste em fornecer essa conceitualização de caso ao paciente, mostrando que podemos lidar com os nossos sentimentos de defeito e de inferioridade de outras formas que não só causam menos problemas com os outros, como deixam de constituir crimes ou atos inaceitáveis aos olhos da sociedade – e que ele, se assim quiser, tem capacidade de optar por uma dessas alternativas.

Ao desmontar os mecanismos de compensação, o terapeuta vai defrontar-

se com outra dificuldade no processo terapêutico: os *processos de evitamento*. Tal como é assumido pelo modelo conceitual (Rafaeli et al., 2011), para lidar com o afeto disruptivo que é evocado sempre que um EMP é ativado, os indivíduos desenvolvem estratégias de *coping* que podem consistir no evitamento cognitivo, emocional e/ou comportamental. Os sujeitos antissociais evitam (voluntária e/ou involuntariamente) pensar em temas relacionados com os seus EMPs, esquivando-se, assim, de experimentar emoções disruptivas como a tristeza ou a raiva autodirigida. Não raras vezes, compreender as origens precoces dos EMPs do paciente constitui um desafio para o terapeuta, e tal tarefa consome mais tempo nas sessões do que é habitual com outros pacientes. Devido aos níveis de sofrimento associados à experiência traumática precoce, o profissional deve ser muito cauteloso quanto ao uso de técnicas de *imagerie* para aceder a memórias precoces relacionadas com o abuso, o abandono, a privação emocional, a humilhação, o fracasso escolar ou a rejeição social. Uma boa estratégia consiste em mostrar primeiro que ninguém lida bem com essas memórias, começando pelo próprio terapeuta. Dar exemplos pessoais pode ser uma estratégia terapêutica, pois traduz as dificuldades e sofrimento comuns a todos os humanos. Outra estratégia consiste em fazer uma confrontação gradual do evitamento cognitivo, escolhendo a escrita de cartas, fazendo a história de vida (de acontecimentos negativos e positivos ao longo dos anos) ou optando por qualquer outra estratégia para combater o evitamento do esquema, antes de recorrer à *imagerie* propriamente dita.

Além do evitamento cognitivo, alguns indivíduos antissociais apresentam evitamento emocional (recordam as situações e permitem sua abordagem na terapia, sem, no entanto, manifestar estados emocionais congruentes e podendo até mostrar alguma frieza emocional quando confrontados com memórias traumáticas). Para ultrapassar esse tipo de evitamento, as estratégias experienciais e o recurso à *imagerie* são recomendáveis, mas pode ser igualmente importante trabalhar os esquemas emocionais do paciente (crenças sobre as emoções e sobre o papel e função destas). Da nossa experiência, explicitar ao indivíduo a natureza e a função adaptativa de reações emocionais de medo, raiva, vergonha ou tristeza pode abrir caminho para experimentá-las de forma mais adequada e proporcional, bem como para uma maior tolerância nos momentos em que qualquer uma dessas emoções é experimentada (dentro e fora da terapia). Existe alguma concordância na

literatura para o fato de os indivíduos antissociais apresentarem um leque restrito de experiência emocional: as emoções que sentem não só são poucas como são experimentadas de forma intensa e, muitas vezes, desproporcionada. Assim, trabalhar a diversidade da experiência emocional do sujeito e ajudá-lo a tolerar e compreender a emergência de diferentes emoções pode ser um foco importante no trabalho terapêutico.

Por fim, ultrapassados os evitamentos cognitivo e emocional (pelo menos parcialmente), pode ser importante incentivar o sujeito a quebrar com evitamentos comportamentais de diversa ordem (p. ex., evitamento de situações de intimidade, evitamento de situações de desempenho ou da persistência em uma tarefa acadêmica ou profissional mesmo quando as coisas não vão bem). Tais estratégias, habitualmente de natureza mais comportamental, devem ser precedidas do trabalho ao nível do evitamento cognitivo e emocional, dotando o paciente de competências de regulação emocional quando enfrenta situações e contextos que anteriormente evitava.

Resumindo, propomos que a terapia focada nos esquemas para indivíduos antissociais preste particular atenção aos processos esquemáticos, bem como à resistência que deles resulta, quer quando se trata de conseguir a adesão de um paciente ao processo terapêutico, quer quando se trata de implementar a mudança nos seus padrões de vida e de comportamento. Só depois de alcançada uma boa aliança terapêutica e de conseguida uma mudança considerável na compensação e no evitamento de esquema o terapeuta pode focar a terapia no combate direto aos EMPs do paciente. Para isso, há que identificar a origem desses EMPs na história desenvolvimental da pessoa e utilizar as estratégias cognitivas, emocionais e comportamentais típicas da TE para reduzir a proeminência desses mesmos esquemas e a sua influência na atribuição de significado nas diversas situações da vida do sujeito. A maioria dos EMPs foi gerada no contexto de relacionamentos significativos nas primeiras fases do desenvolvimento. É também – e maioritariamente – pela relação que eles podem ser desafiados e modificados.

Papel ativo da relação terapêutica

Os indivíduos antissociais costumam apresentar histórias de vida em que várias das suas necessidades de calor e afeto, de vínculo e de aceitação pelos outros, não foram totalmente satisfeitas. Nasceram e foram criados em

famílias pouco estruturadas, com figuras de cuidadores frios e distantes, ausentes ou inconstantes na sua presença e, muitas vezes, incapazes de fornecer cuidados e afeto de forma adequada. Além disso, provêm frequentemente de territórios e bairros problemáticos, nos quais as necessidades de segurança não foram devidamente acauteladas. Essas adversidades estarão também relacionadas com a aquisição de EMPs de privação emocional, abandono e desconfiança/abuso, que influenciam e consubstanciam a visão negativa que têm dos outros. De fato, embora em graus diferentes, muitos indivíduos agressivos tendem a ver os demais como distantes, desligados e indisponíveis, incapazes de se interessar por si e desinteressados em fornecer suporte e afeto. Outros atuam segundo uma crença condicional que estabelece que é melhor não se aproximar emocionalmente de ninguém, pois sofrerão ainda mais quando essa pessoa os abandonar. Existem, ainda, aqueles que, devido ao elevado grau de experiências de abuso e maus-tratos de que foram vítimas desde cedo na vida, apresentam-se na relação com uma atitude de desconfiança e suspeição permanentes. Essas crenças constituem, por isso, mais um desafio considerável a ser contemplado na intervenção terapêutica. Têm a sua origem em padrões relacionais tóxicos, nomeadamente os estabelecidos em fases precoces do desenvolvimento com figuras de vinculação frias, distantes, inconstantes ou ausentes e, por isso, incapazes de suprir as necessidades de afeto e segurança. Devem ser adequadamente avaliados pelo terapeuta a partir da experiência relacional com o paciente nas primeiras sessões, e esses mesmos padrões devem ser alvo de intervenção terapêutica.

Contando que os EMPs citados orientam o processamento de informação social do sujeito, levando-o a selecionar informação congruente com o esquema em um vasto leque de contextos relacionais e interpessoais importantes, o terapeuta deve estar alerta para a natureza interpessoal de tais EMPs. Em outras palavras, recomenda-se que o profissional adote com esses pacientes uma posição de participante-observador: enquanto participa da interação com o paciente, deve dar-se conta das tendências para a ação que o comportamento do sujeito manifesta, porque a seleção enviesada (guiada pelo EMP) da informação social e relacional processada, junto com outras distorções cognitivas, levará o indivíduo a perceber o terapeuta como humilhante, abusivo, distante ou abandonico. Se isso acontecer, o paciente experimentará ativação emocional congruente com o esquema e engajará em

comportamentos de ataque, de crítica ou de afastamento do profissional, estabelecendo-se um ciclo cognitivo-interpessoal disfuncional (Safran & Segal, 1990). Manter-se em uma posição de participante-observador permite ao terapeuta identificar mudanças emocionais significativas no paciente e metacomunicar sobre os seus próprios sentimentos e reações. Uma boa estratégia consiste em tomar essas experiências dentro da sessão como amostragem daquilo que o estilo interpessoal do indivíduo tende a suscitar nos outros em contextos reais de vida. A intervenção passa, nesse momento, por tentar que o sujeito tome consciência de como seu comportamento e suas atitudes na relação despertam nas outras pessoas determinadas reações e comportamentos que lhes são desagradáveis. Então, o terapeuta pode ensaiar com o paciente outras formas de lidar com sentimentos de rejeição, abuso, privação ou afastamento provocados por terceiros, as quais sejam adaptativas e razoáveis, procurando que ele aceite que essas experiências desagradáveis fazem parte da vida de todos, mesmo que sejam difíceis de suportar.

Assim, uma ruptura na aliança terapêutica não deve ser vista como algo inultrapassável. O terapeuta deve ser o primeiro a procurar reestabelecer a ligação e a confiança, demonstrando ser capaz de identificar erros e reações exageradas da sua parte, enquanto se mostra aberto e disponível para continuar a terapia. A relação terapêutica funciona para muitos pacientes como um laboratório de ensaio, onde podem habituar-se a ser e a sentir-se cuidados, apoiados, bem tratados e respeitados, o que lhes capacita a manter uma relação estável por um período de tempo considerável. As estratégias de reparentalização propostas na TE assumem um papel importante para alcançar esse objetivo.

ARMADILHAS E DICAS

Tendo em conta a natureza das patologias que temos descrito, a elevada resistência à mudança de muitos doentes antissociais, bem como a relevância que os processos esquemáticos desempenham nesses transtornos, são diversas as armadilhas nas quais o terapeuta pode cair e que prejudicam a mudança terapêutica.

Um erro habitual na intervenção com esses indivíduos, no âmbito de uma medida judicial, é pretender que o paciente reconheça desde cedo o impacto que o seu comportamento agressivo tem ou teve nos outros. Em geral, os indivíduos agressivos negam ou minimizam as consequências e o dano que provocaram a terceiros. Se não o fizessem, apresentariam pensamentos autocríticos capazes de ativar os seus esquemas de defeito. Insistir que reconheçam o dano e assumam a responsabilidade por ele tende a estimular mais a resistência do sujeito, impedir uma aliança terapêutica sólida e aumentar a atribuição da responsabilidade pelos atos agressivos a fatores externos. Reconhecer o dano causado a terceiros será um resultado da intervenção,

quando o sujeito apresentar uma postura na qual não procura legitimar o uso da agressão e for capaz de encontrar alternativas de resolução de problemas que não passem pelo domínio e exercício do poder sobre os outros.

O terapeuta deve encarar os sujeitos antissociais como qualquer outro paciente, procurando libertar-se de juízos morais e de preconceitos quanto ao(s) ato(s) agressivo(s) cometido(s) pelo sujeito em tratamento. Qualquer agressor, independentemente dos atos que cometeu, é uma pessoa, e é essa pessoa que deve ser acolhida pelo profissional como alguém que precisa de ajuda. Dito de outra forma, a identidade do sujeito não está confinada aos atos agressivos que tenha cometido, por mais chocantes que possam ser. Os terapeutas devem olhar para a pessoa como um todo, procurando compreender o porquê da necessidade de recorrer à agressão, mesmo quando havia alternativas para enfrentar situações problemáticas ou satisfazer as suas necessidades. Só essa visão do problema e do sujeito permitirá uma formulação de caso em que ambos possam trabalhar em conjunto para diminuir a necessidade de recurso ao comportamento agressivo e antissocial.

Outro dos erros mais típicos que os terapeutas cometem ao tratar indivíduos agressivos está relacionado com a procura rápida de mudança ou, pelo menos, da desistência dos atos mais severos e causadores de maior dano. A busca de uma mudança precoce pode dificultar uma mudança efetiva ao nível da visão de si e dos outros que mantém o padrão de comportamento agressivo, podendo também colocar uma expectativa irrealista sobre o paciente, a qual é frustrada na primeira recaída, aumentando, assim, a resistência à mudança. Quando se trata de intervenções em contexto de justiça, de fato o terapeuta é confrontado com um desafio maior: o sujeito aceita não voltar a praticar os atos que motivaram o tratamento (sob pena de detenção), mas a terapia demora a produzir resultados significativos, e persiste, ainda, a necessidade de recurso à agressão em várias situações da vida do paciente (p. ex., situações ativadoras em que se experimentam raiva intensa e dificuldades em controlá-la). A ética e a deontologia obrigam o terapeuta a denunciar às autoridades qualquer ato com relevância jurídico-penal, e o paciente deve ser informado de tais limites ao sigilo profissional caso venha a revelar no decurso da terapia novas ocorrências de possíveis atos criminais. Disponibilizar ajuda de emergência no espaço entre sessões pode ajudar a contornar esse obstáculo, ficando claro que o paciente pode contactar o terapeuta se sentir que está prestes a perder o controle ou a envolver-se em comportamentos de risco. Fornecer terapia mais intensiva (duas vezes por semana) no início do tratamento pode também ajudar a contornar essa questão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A definição de intervenções psicoterapêuticas com base na terapia focada nos esquemas para problemas específicos, principalmente para transtornos da personalidade, tem permitido o desenvolvimento de estudos de eficácia nas últimas décadas (p. ex., Farrell, Shaw, & Webber, 2009) que legitimam o uso desse modelo em determinadas doenças. No caso do TPA, está em curso um ensaio clínico randomizado com sujeitos que apresentam esse e outros transtornos da personalidade do Grupo B em hospitais forenses holandeses. Dados preliminares sugerem que a terapia focada nos esquemas produz mudança significativa nessa população, mesmo naqueles indivíduos que apresentam traços psicopáticos (Bernstein et al., 2012).

Em Portugal, foi desenvolvido um programa cognitivo-comportamental estruturado (Gerar Percursos Sociais [GPS]) (Rijo et al., 2007), com base no modelo da terapia focada nos esquemas, destinado à reabilitação de agressores juvenis e adultos. Trata-se de um programa de 40 sessões,

semanais, atualmente implementado em contextos forenses por psicólogos devidamente credenciados, estando a decorrer um ensaio clínico randomizado em uma amostra de reclusos adultos do sexo masculino. Resultados preliminares mostraram que o GPS é capaz de produzir mudança significativa do ponto de vista estatístico e clinicamente fidedigno nos EMPs subjacentes ao comportamento antissocial e nas distorções cognitivas estudadas (Brazão et al., 2015a, no prelo), bem como em variáveis evolucionárias como a raiva, a vergonha e a paranoia (Brazão et al., 2015).

Esses dados, em conjunto com novas propostas para a terapia cognitiva dos transtornos da personalidade (Beck, Davis, & Freeman, 2015), fazem dessa área um terreno promissor para a investigação e a inovação na prática clínica. Tratar com eficácia indivíduos com comportamento agressivo e antissocial pode trazer uma contribuição preciosa à sociedade, aliando às necessidades de reabilitação em contextos de justiça o direito que esses indivíduos têm de acesso a tratamento adequado.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Association.
- Ball, S. A., & Cecero, J. J. (2001). Addicted patients with personality disorders: Traits, schemas, and presenting problems. *Journal of Personality Disorders*, 15(1), 72-83.
- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (Eds.). (2015). *Cognitive therapy of personality disorders* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Bernstein, D. P., Nijman, H. L. I., Karos, K., Keulen-de Vos, M., de Vogel, V., & Lucker, T. P. (2012). Schema therapy for forensic patients with personality disorders: Design and preliminary findings of a multicenter randomized clinical trial in the Netherlands. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11(4), 312-324.
- Brazão, N., Motta, C., Rijo, D., & Pinto-Gouveia, J. (2015b, no prelo). *The prevalence of personality disorders in portuguese male prison inmates: Implications for penitentiary treatment*.
- Brazão, N., Motta, C., Rijo, D., Salvador, M. C., Pinto-Gouveia, J., & Ramos, J. (2015a, no prelo). *Clinical change in cognitive distortions and core schemas after a cognitive-behavioral group intervention: Preliminary findings from a randomized trial with male prison inmates*.
- Brazão, N., Motta, C., Rijo, D., Salvador, M. C., Pinto-Gouveia, J., & Ramos, J. (2015). Clinical change in anger, shame and paranoia after a structured cognitive-behavioral group program: Early findings from a randomized trial with male prison inmates. *Journal of Experimental Criminology*, 11(2), 217-236.
- Broidy, L. M., Tremblay, R. E., Brame, B., Fergusson, D., Horwood, J. L., Laird, R., ... Vitaro, F. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: A six-site, cross-national study. *Developmental Psychology*, 39(2), 222-245. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2753823/>

- Calvete, E. (2008). Justification of violence and grandiosity schemas as predictors of antisocial behavior in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(7), 1083-1095.
- Capaldi, D., DeGarmo, D., Patterson, G. R., & Forgatch, M. (2002). Contextual risk across the early life span and association with antisocial behavior. In J. B. Reid, G. R. Patterson, & J. J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (pp. 147-172). Arlington: American Psychiatric Association.
- Capinha, M. (2009). *Autorrepresentações em adolescentes com condutas antissociais: Inventário de Avaliação de Esquemas por Cenários Ativadores – Comportamento Anti-Social (IAECA-CA)* (Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra).
- Connor, D. F. (2002). *Aggression and antisocial behavior in children and adolescents: Research and treatment*. New York: Guilford Press.
- Dishion, T. J., & Patterson, G. R. (2006). The development and ecology of antisocial behaviour in children and adolescents. In D. Cicchetti, & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder and adaptation* (2nd ed., Vol. 3, pp. 503-541). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Dodge, K. A., & Schwartz, D. (1997). Social information processing mechanisms in aggressive behavior. In D. M. Stoff, J. Breiling, & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 171-180). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 317-328.
- Fonseca, A. C. (2000). Comportamentos anti-sociais: Uma introdução. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 34(1, 2, 3), 9-36.
- Hiscoke, U. L., Långström, N., Ottosson, H., & Grann, M. (2003). Self-reported personality traits and disorders (DSM-IV) and risk of criminal recidivism: A prospective study. *Journal of Personality Disorders*, 17(4), 293-305.
- McGuire, J. (2013). 'What works' to reduce reoffending: 18 years on. In L. A. Craig, L. Dixon, & T. A. Gannon (Eds.), *What works in offender rehabilitation: An evidence-based approach to assessment and treatment* (pp. 20-49). Malden: Wiley-Blackwell.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2000). Comportamento anti-social persistente ao longo da vida e comportamento anti-social limitado à adolescência: Seus preditores e suas etiologias. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 34(1, 2, 3), 65-106.
- Penner, E., Roesch, R., & Viljoen, J. L. (2011). Young offenders in custody: An international comparison of mental health services. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10(3), 215-232.
- Petrocelli, J. V., Glaser, B. A., Calhoun, G. B., & Campbell, L. F. (2001). Early maladaptive schemas of personality disorder subtypes. *Journal of Personality Disorders*, 15(6), 546-559.
- Pinto, J. (2010). *Inventário de Avaliação de Esquemas por Cenários Ativadores – Comportamento Antissocial (IAECA-CA): Estudos de validação numa amostra de jovens com problemas de comportamento* (Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra).
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. (2011). *Schema therapy: Distinctive features*. Hove: Routledge.
- Rijo, D. (2009). *Esquemas mal-adaptativos precoces: Validação do conceito e dos métodos de avaliação* (Tese de Doutorado, Universidade de Coimbra, Coimbra). Recuperado de: <http://hdl.handle.net>

et/10316/18486

Rijo, D., Motta, C., Silva, D. R., Brazão, N., Paulo, M., Vieira, A., ... Macedo, M. (2015). A saúde mental das crianças e dos jovens: Do meio natural de vida às instituições de acolhimento e aos centros educativos. In A. Massena, L. Gago, M., Perquilhas, & P. Guerra (Orgs.), *Intervenção em sede de promoção e protecção de crianças e jovens* (pp. 691-701). Lisboa: Centro de Estudos Judiciários. (Coleção de Formação Contínua do Centro de Estudos Judiciários). Recuperado de: http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/familia/Intervencao_sede_promocao_protecao_crianças_jovens.pdf

Roberts, A. D. L., & Coid, J. W. (2010). Personality disorder and offending behaviour: Findings from the national survey of male prisoners in England and Wales. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(2), 221-237.

Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.

Silva, D. R., Rijo, D., & Salekin, R. T. (2013). Child and adolescent psychopathy: Assessment issues and treatment needs. *Aggression and Violent Behavior*, 18(1), 71-78.

Silva, D. R., Rijo, D., & Salekin, R. T. (2015). The evolutionary roots of psychopathy. *Aggression and Violent Behavior*, 21, 85-96.

Teplin, L. A., Abram, K. M., McClelland, G. M., Mericle, A. A., Dulcan, M. K., & Washburn, J. L. (2006). Psychiatric disorders of youth in detention. *Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention Bulletin*. Recuperado de: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojjdp/210331.pdf>

Walters, G. D. (1990). *The criminal lifestyle: Patterns of serious criminal conduct*. Newbury Park: Sage.

Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota: Professional Resources Press.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

LEITURA SUGERIDA

Bernstein, D. P., Arntz, A., & de Vos, M. (2007). Schema focused therapy in forensic settings: Theoretical model and recommendations for best clinical practice. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6(2), 169-183.



capítulo 11

A TERAPIA DO ESQUEMA PARA CASAIS

Kelly Paim

A busca por relacionamentos conjugais satisfatórios, que contribuam para a qualidade de vida e o bem-estar pessoal, é foco de interesse para a maioria das pessoas. Entretanto, mesmo com essa procura por relacionamentos saudáveis, é bastante comum que as relações tragam graves prejuízos, sofrimento e, muitas delas, acabem em divórcio. Ante essa realidade, estudos apontam que problemas na estruturação da personalidade estão por trás das dificuldades conjugais (Benjamin, 1996; Cohen et al., 2013; Hengartner, Müller, Rodgers, Rössler, & Ajdacic-Gross, 2014; Kolla et al., 2013; Najarpourian, 2012; Stroud, Durbin, Saigal, & Knobloch-Fedders, 2010; Yoosefi, Etemadi, Bahramil, Fatehizade, & Ahmadi, 2010).

Para que o indivíduo tenha uma estruturação saudável da personalidade e consiga buscar e manter relacionamentos funcionais, a teoria de Young (1990) propõe que algumas necessidades emocionais do desenvolvimento infantil precisam ser satisfeitas nas relações primárias, a saber: vínculo seguro, proteção, cuidado, amor, empatia e atenção; senso de autonomia, competência e identidade individualizada; liberdade de expressão, validação de necessidades e emoções; espontaneidade e lazer; limites realistas (Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Relações primárias e vivências precoces que não atendam tais necessidades dão origem aos esquemas iniciais desadaptativos (EIDs), estruturas interpretativas que trazem prejuízos funcionais para o indivíduo, principalmente nos relacionamentos interpessoais (Cecero & Young, 2001; McGinn & Young, 2012; Young & Behary, 1998).

Dessa forma, a associação entre os EIDs e problemas na vida conjugal vem sendo estudada e confirmada em pesquisas de âmbito internacional (Calvete, Estévez, & Corral, 2007; Crawford & Wright, 2007; Khosravi, Attari, & Rezaei, 2011; Messman-Moore & Coates, 2007; Paim, 2014; Paim, Madalena, & Falcke, 2012; Wright, Crawford, & Del Castillo, 2009). Ao

mesmo tempo, Young (1990) entende que as relações íntimas, quando conseguem ser satisfatórias, podem ter um papel fundamental na cura dos EIDs. Com isso, a terapia do esquema (TE) pode ajudar os parceiros a identificar e reprocessar as emoções relacionadas aos EIDs, desenvolvendo estratégias saudáveis para que alcancem suas necessidades emocionais infantis e adultas na relação.

Com a TE, é possível fornecer uma maneira sistemática de entender profundos padrões emocionais e comportamentais dos cônjuges e da dinâmica do casal, buscando uma mudança integrativa (interpessoal, cognitiva, emocional e comportamental). O foco principal é a quebra de ciclos repetitivos na dinâmica conjugal, os quais são causadores de sofrimento e insatisfações. Assim, o processo psicoterápico do casal pode também ser indicado como complementação da terapia individual, pois, na abordagem conjugal, além da reparentalização limitada que ocorre na relação terapêutica (explicada em mais detalhes no Capítulo 5), a relação saudável com o cônjuge tem um papel fundamental na reparação dos EIDs.

A QUÍMICA DO ESQUEMA E O CICLO ESQUEMÁTICO NOS RELACIONAMENTOS

A busca pela coerência cognitiva e perpetuação dos EIDs frequentemente leva a uma forte atração por relações que mantenham sensações e crenças familiares. As escolhas amorosas e a permanência em relacionamentos danosos podem estar baseadas na química do esquema, que é sentida pela ativação de um ou mais EIDs e costuma ser gerada pela revivência de experiências da infância e adolescência com figuras parentais ou com outras pessoas significativas.

A dinâmica conjugal tende a acontecer de forma que contribua para a manutenção dos EIDs do indivíduo (Young et al., 2003). Situações vivenciadas no relacionamento (situações-gatilho) desencadeiam uma interação esquemática entre o casal, que pode aparecer como um padrão autoperpetuado e destrutivo que envolve um ciclo complexo de respostas cognitivas, comportamentais, emocionais e biológicas (Yoosefi et al., 2010). Em decorrência disso, modos desadaptativos usados diante da ativação esquemática, que normalmente acontece pela revivência de privações

emocionais nas relações primárias, ativam também os EIDs do(a) parceiro(a) (Paim et al., 2012; Scribel, Sana, & di Benedetto, 2007).

Desse modo, uma espécie de ciclo esquemático de ativações de respostas emocionais, cognitivas e comportamentais infantis pode estabelecer uma interação destrutiva entre o casal. Como uma espécie de círculo vicioso, a utilização de modos desadaptativos ante as insatisfações sentidas no relacionamento não permite que as necessidades emocionais sejam compreendidas e atendidas na relação – pelo contrário, gera mais insatisfação e, conseqüentemente, a utilização maciça de modos desadaptativos entre os cônjuges.

ABORDAGEM E TRATAMENTO

O atendimento de cônjuges na TE segue o mesmo modelo conceitual do tratamento individual, portanto, tem uma base sólida suficiente para atender casos mais graves, incluindo casais com transtorno da personalidade (Atkinson, 2012; Mokhtari, Bahrami, Padash, Hosseinian, & Soltanizadeh, 2012). As principais vantagens dessa modalidade psicoterápica são:

- fornece uma maneira sistemática e estruturada de entender profundos padrões emocionais e comportamentais dos cônjuges e da dinâmica do casal;
- proporciona ao terapeuta e aos pacientes um mapa claro dos problemas do casal e das mudanças que precisam ser feitas;
- ajuda os parceiros a alcançar as necessidades infantis e adultas de forma adaptativa;
- auxilia no desenvolvimento de novas estratégias efetivas para aliviar sofrimento pessoal e do cônjuge;
- propicia um maior conhecimento das necessidades emocionais do(a) parceiro(a);
- busca uma mudança integrativa: interpessoal, cognitiva, emocional e comportamental;
- oferece a profundidade de abordagens de longo prazo, mas é orientada para mudanças mais imediatas;
- foca mais na quebra de ciclos repetitivos da dinâmica do casal, e não somente no treinamento de habilidades de comunicação ou resolução de

problemas.

PRIMEIRA FASE: AVALIAÇÃO

A primeira fase do tratamento de casais compreende uma avaliação dos EIDs pessoais e do ciclo esquemático do casal. Todavia, é importante ressaltar que o ponto de partida dessa avaliação compreende a demanda atual, as queixas e as insatisfações do presente. Assim, o terapeuta, inicialmente, precisa identificar as principais queixas do casal, progredindo para a exploração da história da relação e revisando de modo detalhado os conflitos específicos, sempre com um exemplo prático real. Cada parceiro deve explicar passo a passo o que aconteceu na situação, a partir da sua perspectiva. O terapeuta pode pedir permissão para trazer um conflito atual para a sessão (Atkinson, 2012) – por exemplo: “Paulo e Lara, eu gostaria que vocês discutissem agora um conflito atual não resolvido e perturbador por um período de 10 minutos; quero que tentem resolver esse tópico. Eu irei apenas observar sem qualquer intervenção, e, quando terminar o tempo, nós conversaremos sobre a experiência”. Posteriormente, é necessário ampliar a investigação: “Eu quero entender melhor como vocês costumam lidar com os conflitos. Poderiam me contar como decidiram ter filhos?”. O terapeuta acompanha atentamente os detalhes, sempre questionando: “E o que aconteceu?”, “Como se sentiram com isso?”, “O que isso significou?”, etc.

Para obter a história do relacionamento, é importante que o terapeuta solicite a cada um dos parceiros que descreva a progressão dos problemas conjugais ao longo do tempo. A descrição deve ser detalhada e individual, focando tanto aspectos negativos quanto positivos do relacionamento. Nesse momento, as necessidades emocionais individuais devem ser identificadas, avaliando se estão sendo atendidas ou não. No entanto, é fundamental que o terapeuta auxilie para que as insatisfações sejam escutadas e validadas pelo cônjuge. A investigação detalhada da história do relacionamento pode incluir questões como: “O que vocês lembram de seu primeiro encontro? O que mais atraiu nesse momento?”, “O que mais se destacou nos primeiros seis meses de relação?”, “Quando vocês perceberam tensão/angústia no relacionamento? Como cada um lidou com isso?”, “Quando e como decidiram casar ou morar juntos?”, “Como foi sua lua de mel?”, “Como foi a adaptação ao convívio diário?”, “Como foi a decisão de ter ou não ter filhos?”, “Como se

relacionaram na gravidez ou no nascimento do filho?”, “Quais os bons momentos que vocês se lembram na história do casal?”, “Quais as diferenças da relação no momento em comparação aos primeiros 10 meses de relacionamento?”, “Como foi a vida sexual do início do relacionamento até o momento?”, “Quais as principais diferenças entre vocês?”, “Quais são os objetivos conjuntos?”, entre outras (Atkinson, 2012).

É importante que o terapeuta também fique muito atento à comunicação não verbal, observando a postura, a expressão facial e a interação corporal entre o casal, bem como a capacidade de empatia e *insight* dos cônjuges. As ativações de EIDs e do ciclo esquemático na sessão devem sempre ser usadas para avaliação e psicoeducação. Quando o terapeuta perceber alguma ativação emocional, deve imediatamente questionar os pensamentos, significados esquemáticos, sensações e estratégias de enfrentamento.

A avaliação dos EIDs individuais também precisa ser feita nesse momento inicial. Para isso, é necessária a conexão das emoções (sentidas na relação conjugal) com as emoções sentidas ao longo da vida (em outras relações), principalmente nas relações familiares na infância e adolescência. A identificação das origens dos EIDs pode ser feita por meio de lembranças relatadas, imagens mentais, questionários e fotografias da família de origem. Os questionários mais utilizados são: Questionário de Esquemas de Young (YSQ-3), Inventário Parental de Young (YPI) e Inventário dos Modos Esquemáticos (YAMI). Todos os recursos para avaliação e identificação de EIDs são mais bem descritos no Capítulo 6.

Assim, na fase de avaliação, reclamações, sensações e comportamentos são relacionados aos EIDs e aos modos esquemáticos, começando a construção e a explicação do diagrama do ciclo esquemático do casal. A partir da investigação detalhada dos problemas, terapeuta e pacientes começam a criar as hipóteses sobre as necessidades de mudança. Segundo Behary e Young (2011), as principais fontes esquemáticas para problemas nos relacionamentos são as seguintes:

- os parceiros não conseguem atender as necessidades emocionais primordiais um do outro;
- o casal apresenta EIDs que levam a hipersensibilidade e distorções nas interações diárias;

- os indivíduos não conseguem acessar emoções do modo criança vulnerável;
- os EIDs e os modos de enfrentamento da dupla se chocam e levam a ciclos esquemáticos repetitivos e destrutivos.

Ainda na fase de avaliação, sessões individuais podem ser utilizadas, principalmente para avaliar o nível de compromisso e responsabilidade com relação à terapia. Também é possível questionar cada parceiro sobre as dificuldades sentidas nas sessões conjugais e seu entendimento do processo psicoterápico. A motivação pessoal para o rompimento da relação também pode ser analisada, sempre deixando claras as regras de confidencialidade, ou seja, a necessidade de compartilhar as informações com o(a) parceiro(a). Em alguns casos, pode haver uma tentativa de manipulação quanto à quebra das regras de confidencialidade, como, por exemplo, cônjuges que dividem segredos com o terapeuta, mas exigem sigilo. Nessas situações, o profissional deve solicitar que a informação seja divulgada na sessão conjugal como condição de continuidade do processo terapêutico. Se o segredo continuar, é necessário que haja uma discussão aberta com o casal sobre as consequências da falta de confiança e da presença de mentiras e segredos, incluindo o encerramento da terapia. A vida sexual e a atração pelo(a) parceiro(a) também precisam ser investigadas nas sessões individuais, como, por exemplo: “Paulo, em uma escala de 0 a 10, que nota você daria para sua satisfação sexual com Lara?”, “O quanto você se sente atraído por ela?”, “Como era no início do relacionamento? Isso mudou? Quando?”, etc.

No momento da avaliação, é necessário checar a história psiquiátrica de ambos os cônjuges e avaliar se realizam tratamentos individuais; caso seja necessário, o terapeuta deve fazer o encaminhamento. História de violência conjugal também deve ser investigada, pois, se houver um nível importante de violência na dinâmica conjugal, programas especializados precisam ser utilizados. Além disso, o uso problemático de substâncias psicoativas pode impedir a evolução da terapia de casal, portanto, o terapeuta deve colocar o tratamento individual para uso de substância como condição para continuidade do processo psicoterápico conjugal.

SEGUNDA FASE: MUDANÇA

Identificação de gatilhos dos EIDs

Uma importante estratégia terapêutica no atendimento de casais é o ensinamento sobre os “gatilhos” dos EIDs dos cônjuges. Com esse objetivo, o terapeuta pode explicar os esquemas como vulnerabilidades a determinadas situações, que podem ser chamadas de situações-gatilho – por exemplo: ser controlado (esquema de desconfiança/abuso), ficar sozinho por muito tempo (esquema de abandono), não ter ajuda com tarefas de casa (esquema de privação emocional) e receber críticas (esquema de fracasso).

As estratégias para trabalhar a identificação de gatilhos dos EIDs entre o casal incluem:

- revisar os principais EIDs de cada um e listar os “gatilhos” aos quais o(a) parceiro(a) é vulnerável, usando exemplos;
- usar cartões-lembretes contendo os gatilhos mais comuns de cada um;
- quando um conflito surgir na sessão, apontar para o(a) parceiro(a) o EID que pode ter sido acionado;
- o casal conjuntamente avalia as queixas válidas, bem como as reações exageradas causadas pela ativação dos EIDs;
- relacionar o conflito atual a exemplos ocorridos na infância e situações similares presentes na relação atual;
- pedir ao cônjuge outra perspectiva sobre a situação-gatilho;
- praticar novas maneiras de resolver a situação-gatilho no futuro – se for o caso, pedir desculpas pelo comportamento insensível;
- combinar como tarefa de casa o registro de EIDs acionados durante a semana, a fim de observar como cada parceiro responde e praticar uma resposta mais assertiva.

Ajudar cada parceiro a se tornar mais consciente dos gatilhos é importante para aumentar a percepção das potenciais áreas de conflito. Além disso, entender melhor as reações do cônjuge impede que o conflito se agrave (Behary & Young, 2011).

Trabalho com os modos esquemáticos

Os modos esquemáticos desadaptativos, acionados quando alguma necessidade emocional não estiver sendo suprida, embasam a explicação

sobre os comportamentos mantenedores de uma dinâmica conjugal disfuncional. Um modo desadaptativo compreende um estado momentâneo de respostas cognitivas, emocionais e comportamentais disfuncionais, que também ativa no(a) parceiro(a) a sensação esquemática e, conseqüentemente, o uso de outro modo esquemático desadaptativo (Behary & Young, 2011).

O primeiro momento do trabalho com os modos esquemáticos visa à identificação e à compreensão dos modos desadaptativos mais utilizados pelos cônjuges. Portanto, a psicoeducação deve ser realizada, buscando sempre, além da compreensão racional, um entendimento emocional sobre cada um dos modos. A relação destes com experiências nocivas nas relações primárias e sensações infantis vivenciadas deve ser estabelecida, e, para tanto, podem ser usados relatos, análise de ciclos esquemáticos, Questionário dos Modos Esquemáticos (YAMI), bem como técnica de imagem para sua identificação (esses recursos são descritos em mais detalhes nos Capítulos 7 e 8).

Além da identificação dos modos individuais, é necessário identificar quais são ativados na sequência do ciclo esquemático, pois a reação individual desadaptativa também desencadeia no(a) parceiro(a) a ativação dos modos desadaptativos deste. Para facilitar a psicoeducação, o desenho do ciclo esquemático pode ser feito, utilizando-se flechas para inter-relacionar os modos dos cônjuges de forma sistêmica. Nos casais, os principais modos causadores de insatisfações e conflitos são: infantil (criança vulnerável/ansiosa/triste/solitária e criança zangada) e de enfrentamento desadaptativo (protetor desligado, isolado, agressor, postura crítica, pegajoso, passivo, busca de atenção, exageradamente cuidador, parental, dependente, superior, controlador, manipulador, exageradamente racional) (Behary & Young, 2011).

EXEMPLO CLÍNICO

O filho de 2 anos de Paulo e Lara cai e machuca o joelho enquanto o pai está distraído conversando com os amigos. O esquema de privação emocional da mãe é ativado pela falta de cuidado do parceiro, e seu modo criança zangada é ativado na busca de atenção e cuidado. Entretanto, a agressividade de Lara para obter o que procura dispara em Paulo seu esquema de abuso, ativando seu modo protetor desligado. Ao entrar nesse modo, ele se desconecta e se isola da esposa, ativando o esquema de abandono desta, que, então, continua a agredir o marido, agora em seu modo agressor. O ciclo se perpetua a ponto de Paulo sair de casa para ficar com os

amigos e relaxar. Lara é deixada sozinha, zangada e assustada, no modo criança solitária e abandonada.

Enquanto os parceiros não conseguirem sozinhos ferramentas apropriadas para lidar com os seus modos infantis, o terapeuta deve servir como um mediador que ajuda o casal a entender de uma forma mais saudável as reações do ciclo esquemático, assumindo para si o modo adulto saudável da relação. Um dos principais objetivos da terapia é a substituição dos modos desadaptativos de enfrentamento, em que estratégias disfuncionais são utilizadas visando à proteção ante as ativações esquemáticas, por meio do modo criança vulnerável. Assim, o(a) parceiro(a) consegue demonstrar de forma mais clara o EID ativado e de qual necessidade emocional está sentindo falta, diminuindo o confronto entre os modos (Atkinson, 2012).

Exemplo: “Lara, notei que a sua voz começou a tremer e seu corpo ficou tenso. Se a palavra fosse dada a essa parte de você, o que ela diria?”. O terapeuta ajuda a paciente a identificar seu modo criança vulnerável e assume um papel de modelo para o parceiro sobre como o modo adulto saudável pode agir com ele. “Uma parte de você agora tem tanto medo de perder Paulo, medo que ele a faça ficar sozinha outra vez, assim como pequena Lara. É isso mesmo? É assustador para você estar nessa situação, amando tanto ele e não querendo perdê-lo. Eu quero que saiba que não está sozinha. Estamos aqui com você e vamos ajudá-la.” O terapeuta serve como um modelo validador das emoções, confortando e acalmando o modo criança vulnerável de Lara. Essa experiência é avaliada pelo casal, que aprende uma forma de “antídoto” para a sensação esquemática.

Após a psicoeducação sobre os modos e o entendimento do ciclo, os seguintes passos devem ser realizados com objetivo de mudança:

- identificar situações-gatilho e EIDs que acionam o modo disfuncional do(a) parceiro(a);
- rotular os modos acionados pela situação-gatilho;
- descrever os efeitos sentidos em cada parceiro;
- revisar o impacto dos modos ativados sobre a relação;
- praticar com cada parceiro a expressão das necessidades dos modos infantis desadaptativos (modo criança vulnerável/solitária/abandonada e modo criança zangada/impulsiva);
- repetir a situação-gatilho com o casal, instruindo para que respondam conforme os modos criança vulnerável ou adulto saudável;
- combinar como tarefa de casa a permanência nos modos criança vulnerável ou adulto saudável por mais tempo.

O adulto saudável é um modo funcional na relação e deve ser reforçado na terapia para que o indivíduo consiga obter as necessidades primordiais no relacionamento; desativar os modos esquemáticos infantis; conhecer e reconhecer suas principais necessidades emocionais; regular as emoções nos

relacionamentos geradas pela ativação dos EIDs; ajudar a ter consciência da ativação dos EIDs e, dessa forma, não interferir na relação com o(a) parceiro(a); gerenciar os modos desadaptativos de enfrentamento na relação; ajudar na reparação dos EIDs do(a) parceiro(a). Outras estratégias utilizadas para fortalecimento do modo adulto saudável e para a diminuição do confronto entre os modos desadaptativos incluem:

- o casal é educado sobre a importância de amenizar os conflitos;
- o estabelecimento de limites sobre o que é inaceitável em qualquer conflito;
- um dos parceiros sinaliza o conflito quando percebe que um modo desadaptativo foi ativado, e, então, os dois concordam em “dar um tempo” para diminuição da carga emocional;
- separadamente, os parceiros procuram identificar quais EIDs foram ativados, o que estão sentindo e em qual modo estão reagindo;
- o casal consulta um “cartão-lembrete” relacionado ao EID e ao modo ativados;
- a dupla tenta superar o EID: reconhece as reações acionadas pelo esquema e ativa o modo criança vulnerável ou adulto saudável;
- cada parceiro explica como o conflito se relaciona com as experiências da infância, a fim de gerar empatia no outro;
- cada parceiro explica quais EIDs foram ativados, como o comportamento do outro o afetou e como gostaria que o(a) parceiro(a) reagisse para atender melhor suas necessidades;
- o casal procura atender as necessidades um do outro por meio da reparentalização, tentando resolver o problema atual com sensibilidade e compromisso;
- formas de evitar conflitos similares no futuro são discutidas.

Com a quebra do ciclo esquemático disfuncional e o fortalecimento do modo adulto saudável dos parceiros, há uma maior satisfação das necessidades emocionais e, com isso, a ativação do modo criança feliz, que é outro modo esquemático funcional que deve ser vivenciado na relação amorosa. Alguns casais demonstram desconforto e constrangimento com experiências satisfatórias nas relações íntimas, pois não são acostumados com

padrões saudáveis. O terapeuta deve pontuar a dificuldade e ajudar os cônjuges a desfrutar das sensações positivas do modo criança feliz.

Técnicas cognitivas

Durante todo o processo terapêutico, técnicas cognitivas são utilizadas para identificação racional das crenças sobre si e sobre a relação. A descoberta guiada e a flecha descendente são recursos usados maciçamente na busca da compreensão da representação esquemática das vivências conjugais. A meta para o casal é desenvolver um modelo de entendimento mais saudável sobre o ciclo esquemático, buscando uma intimidade com menos interpretações distorcidas e estratégias de enfrentamento disfuncionais. Quando os parceiros conseguem compreender as origens dos EIDs e seu papel na dinâmica disfuncional do casal, é possível colocar as situações em uma perspectiva mais saudável e realista.

O questionamento de evidências sobre pensamentos automáticos e crenças oriundos dos EIDs é feito conjuntamente. O terapeuta ajuda o casal a reunir evidências contra os medos esquemáticos para que, desse modo, consigam lutar juntos contra os EIDs individuais. Respostas alternativas para distorções cognitivas típicas também devem ser descritas. Racionalmente, o casal contesta a validade do EID e reconhece como o ciclo esquemático trabalha a favor na manutenção esquemática. A utilização de cartões de enfrentamento também deve acontecer, bem como a descrição de medidas reparadoras que possam ser utilizadas no momento em que os modos desadaptativos estiverem ativados.

Técnicas experienciais

Após um entendimento cognitivo sólido sobre o ciclo esquemático, o terapeuta começa a incluir trabalhos experienciais no processo terapêutico. A terapia de casal permite ao profissional acessar e trabalhar intensas experiências emocionais com os parceiros presentes na sessão, propiciando uma ativação emocional ainda mais intensa do que em processo terapêutico individual (Atkinson, 2012). A boa aliança terapêutica é necessária para que seja possível o trabalho experiencial com técnicas de imagens mentais (descritas no Capítulo 7). Se os parceiros se sentirem validados e entendidos

pelo terapeuta, conseguirão ter mais segurança para a conexão com as emoções de seu lado mais vulnerável.

Com o trabalho de imagens mentais, o profissional pode ajudar os parceiros a relacionar as emoções atuais, desencadeadas na relação conjugal, com os EIDs e suas origens, bem como a identificar suas necessidades infantis não atendidas no passado. O terapeuta trabalha de forma que o casal vá além da rotulação de suas emoções de maneira distanciada, pois a prática imagística permite a conexão com as emoções relacionadas com medos mais primários. Por exemplo: “Paulo, o que aconteceu dentro de você agora? Parece que precisou se desligar por um instante. O que sentia no momento em que Lara disse que você não cuidava bem do seu filho?”. O terapeuta redireciona o paciente para a emoção do modo criança vulnerável, que ativou o protetor desligado. “Vamos voltar à cena? Eu gostaria que você fechasse os olhos e descrevesse novamente o episódio e como se sente”.

O profissional deve ficar sempre atento aos modos esquemáticos ativados na sessão para conseguir focar o trabalho emocional no(a) parceiro(a) que estiver funcionando em modos desadaptativos que dificultam o acesso à criança vulnerável. O uso de imagens, diálogos entre modos e *role-plays* é importante para fazer a relação das experiências da infância com as situações atuais do relacionamento. Na terapia de casal, quando o modo criança vulnerável é ativado emocionalmente, a reparentalização parental pode ser feita também pelo cônjuge.

Exemplo: o terapeuta ajuda Lara a identificar a ativação do seu modo criança zangada como forma de lidar com o terror da sensação do modo criança vulnerável desencadeado pela possibilidade de desamparo e abandono. Então, o profissional pede que Lara dê voz ao seu lado vulnerável, dizendo a Paulo o que sente quando está com medo de perdê-lo. Em seguida, ele busca uma imagem infantil: “Lara, você poderia fechar os olhos e tentar buscar uma imagem em que a pequena Lara está se sentindo sozinha e abandonada?”. Após a expressão da “Pequena Lara”, Paulo, ao ser questionado pelo terapeuta sobre como se sentiu, demonstra compaixão pelo lado vulnerável da esposa e diz que consegue se sentir mais seguro do que quando ela está no modo criança zangada. O profissional, então, pede-lhe que dê voz a seu lado vulnerável que sente insegurança. Nesse momento, Paulo identifica a tristeza, mostrando que se sente agredido, inseguro e machucado. O diálogo entre os modos criança vulnerável da esposa e do marido ajuda os

parceiros a serem ouvidos e compreendidos, diminuindo a chance de que suas necessidades não sejam atendidas.

O terapeuta também pode incentivar que escrevam uma carta para a figura parental mais significativa na formação do EID, deixando evidente a dor da sua criança vulnerável. Então, o modo adulto saudável do(a) parceiro(a) deve ser acessado para confortar e amparar o lado criança do cônjuge. Na imagem, ambos podem confrontar os pais e proteger a criança vulnerável. O casal identifica o que ela não teve, mas precisava ter tido.

No início do tratamento, o terapeuta focaliza suas intervenções no casal, entretanto, com a evolução da terapia, ocorre uma mudança de foco para os modos desadaptativos individuais e suas origens. Também é necessário buscar as origens da utilização dos outros modos desadaptativos de enfrentamento desenvolvidos para lidar com as emoções da criança vulnerável, sempre relacionando as origens da utilização dos modos com a repetição do padrão no relacionamento atual. É muito importante que o terapeuta consiga trabalhar os modos que estejam dificultando o acesso à criança vulnerável, como o protetor desligado e os hipercompensatórios.

Reparentalização limitada

No atendimento de casais, a reparentalização limitada não ocorre apenas na relação terapêutica, mas é aperfeiçoada e utilizada na relação conjugal. Dessa forma, um dos principais objetivos da fase de mudança é ensinar o casal a identificar e satisfazer as necessidades primordiais um do outro.

As estratégias para trabalhar a reparentalização entre o casal incluem:

- discutir quais as necessidades emocionais primordiais que não estão sendo atendidas na relação;
- identificar o tipo de reparentalização de que cada um precisa;
- entender, na história de vida do(a) parceiro(a), as necessidades emocionais primordiais que não foram satisfeitas pelas relações primárias;
- usar a técnica de *role-play* para treinar na sessão formas de satisfazer as necessidades primordiais de cada parceiro;
- praticar a identificação das necessidades emocionais do(a) parceiro(a) como tarefa de casa.

O terapeuta deve ficar atento às manifestações de ativações esquemáticas durante a sessão, identificando tanto as expressões verbais como as não verbais (Whisman & Uebelacker, 2007). Quando um dos parceiros não conseguir identificar e reparar as necessidades do outro, o profissional precisa servir de modelo, assumindo a responsabilidade da reparentalização.

Aumentando os comportamentos positivos

É fundamental que o processo psicoterápico ajude o casal a aumentar os comportamentos positivos na relação. O estabelecimento de horários regulares para conversas e também para momentos prazerosos é bastante útil. Quando uma relação está desgastada pelo ciclo de sofrimento esquemático, os instantes de proximidade e relaxamento são deixados de lado; por isso, as tarefas comportamentais são necessárias para o reestabelecimento de atitudes e atividades positivas.

A prática de elogios entre o casal deve ser estimulada e treinada nas sessões e estendida ao dia a dia em forma de tarefa de casa. A demonstração de amor e carinho também deve ser trabalhada em terapia, principalmente com aqueles que usam a inibição emocional como estratégia de enfrentamento. Na TE para casais, é muito importante que os cônjuges consigam, além de enxergar as qualidades no(a) parceiro(a), aceitar as diferenças e vulnerabilidades alheias. Portanto, quando o terapeuta perceber dificuldades nesse sentido, o foco terapêutico deve ser o entendimento do modo ativado e suas consequências para a relação.

Consultas focadas na vida sexual, buscando maior intimidade e melhora da satisfação de ambos, também devem ser realizadas. É importante ressaltar que a forma como o casal se relaciona sexualmente costuma refletir a dinâmica esquemática pessoal e conjugal. Técnicas cognitivas e comportamentais devem ser utilizadas para trabalhar possíveis transtornos sexuais.

ARMADILHAS E DICAS

Na fase inicial da terapia, não é indicado dedicar muito tempo a problemas práticos específicos, mas utilizá-los como exemplos típicos do padrão de relacionamento.

É necessário sempre avaliar o nível de comprometimento com a terapia de casal e averiguar a possibilidade de rompimento da relação.

O trabalho focado nos modos esquemáticos é de extrema importância, pois auxilia no rompimento do ciclo esquemático. Ademais, propicia um maior fortalecimento do modo adulto saudável de ambos os cônjuges. Desenhar o ciclo esquemático do casal em uma folha de papel ou em um quadro ajuda a psicoeducação. Se houver um padrão de violência no relacionamento que ofereça risco e torne a terapia insegura, é necessário consultar um programa para violência conjugal.

Se um ou ambos os parceiros fazem uso de substância, ele(s) deve(m) concordar em entrar e permanecer em programa de tratamento paralelamente.

Se existir caso extraconjugal, o(a) parceiro(a) deve concordar em encerrá-lo; caso contrário, a terapia não pode continuar.

É de extrema importância discutir combinações sobre sessões individuais antes que estas aconteçam. As regras de confidencialidade devem ficar claras: não deve haver segredos.

Se um dos parceiros continuar insatisfeito, avaliar prós e contras de uma separação temporária, mas definir um prazo para tomar a decisão de permanecer ou separar. Entretanto, as regras do “tempo” devem ser cuidadosamente definidas e ficar bem claras.

Se o casal decidir se separar, é importante direcionar a terapia para o divórcio, focando em questões práticas e medos referentes ao rompimento. Além disso, é preciso discutir futuras relações em termos de escolhas mais saudáveis, quando for apropriado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os relacionamentos conjugais funcionam a favor da dinâmica de manutenção ou enfraquecimento dos EIDs de cada parceiro. Viver um relacionamento insatisfatório traz muitos prejuízos e sofrimento ao indivíduo, ao cônjuge e também aos filhos, podendo contribuir não somente para o fortalecimento dos EIDs do casal como também para a transgeracionalidade das dificuldades conjugais.

A TE com casais, na fase inicial, visa à avaliação e à compreensão dos EIDs, bem como à identificação dos modos esquemáticos de cada cônjuge e do ciclo esquemático que se estabelece na relação. A fase seguinte objetiva a mudança desse ciclo repetitivo e desadaptativo. Com o processo psicoterápico focado nos esquemas, a relação passa a ajudar os parceiros a alcançar suas necessidades emocionais infantis e adultas de forma saudável e, dessa forma, curar seus EIDs.

REFERÊNCIAS

- Atkinson, T. (2012). Schema therapy for couples: Healing partners in a relationship. In M. F. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Willey-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice* (pp. 323-336). Malden: Wiley-Blackwell.
- Behary, B., & Young, J. (2011, setembro). Terapia dos esquemas para casais: Curando parceiros na relação. *III Jornada WP*, Porto Alegre. Material didático utilizado no evento.
- Benjamin, L. S. (1996). An interpersonal theory of personality disorders. In J. F. Clarkin, & M. F. Lenzenweger (Eds.), *Major theories of personality disorder* (pp. 141-220). New York: Guilford Press.

- Calvete, E., Estévez, A., & Corral, S. (2007). Intimate partner violence and depressive symptoms in women: Cognitive schemas as moderators and mediators. *Behavior Research and Therapy*, 45(4), 791-804.
- Cecero, J. J., & Young, J. E. (2001). Case of Silvia: A schema-focused approach. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(2), 217-229.
- Cohen, L. J., Tanis, T., Bhattacharjee, R., Nesci, C., Halmi, W., & Galyunker, I. (2013). Are there differential relationships between different types of childhood maltreatment and different types of adult personality pathology? *Psychiatry Research*, 215(1), 192-201.
- Crawford, E., & Wright, M. O. (2007). The impact of childhood psychological maltreatment on interpersonal schemas and subsequent experiences of relationship aggression. *Journal of Emotional Abuse*, 7(2), 93-116.
- Hengartner, M. P., Müller, M., Rodgers, S., Rössler, W., & Ajdacic-Gross, V. (2014). Interpersonal functioning deficits in association with DSM-IV personality disorder dimensions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(2), 317-325.
- Khosravi, Z., Attari, A., & Rezaei, S. (2011). Intimate partner violence in relation to early maladaptive schemas in a group of outpatient Iranian women. *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, 30, 1374-1377. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187704281102091X>
- Kolla, N. J., Malcolm, C., Attard, S., Arenovich, T., Backwood, N., & Hodgins, S. (2013). Childhood maltreatment and aggressive behavior in violent offenders with psychopathy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(8), 487-494.
- McGinn, L. K., & Young, J. E. (2012). Terapia focada no esquema. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Fronteiras da terapia cognitiva* (2. ed., pp. 179-200). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Messman-Moore, T. L., & Coates, A. A. (2007). The impact of childhood psychological abuse on adult interpersonal conflict: The role of early maladaptive schemas and patterns of interpersonal behavior. *Journal of Emotional Abuse*, 7(2), 75-92.
- Mokhtari, S., Bahrami, F., Padash, Z., Hosseinian, S., & Soltanizadeh, M. (2012). The effect of schema therapy on marital satisfaction of couples with obsessive compulsive personality disorder (OCPD). *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*, 3(12), 207-225.
- Najarpourian S., Fatehizadeh, M., Etemadi, O., Ghasemi, V., Abedi, M. R., & Bahrami, F. (2012). Personality types and marital satisfaction. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*, 4 (5), 372-383. Recuperado de: <http://journal-archives23.webs.com/372-383.pdf>
- Paim, K. (2014). *Experiências na família de origem, esquemas iniciais desadaptativos e violência conjugal*. (Dissertação de Mestrado, Universidade do Vale do Sinos - Unisinos, São Leopoldo, RS).
- Paim, K., Madalena, M., & Falcke, D. (2012). Esquemas iniciais desadaptativos na violência conjugal. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 8(1), 31-39. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v8n1/v8n1a05.pdf>
- Scribel, M. C., Sana, M. R., & di Benedetto, A. M. (2007). Os esquemas na estruturação do vínculo conjugal. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 3(2), 35-42. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v3n2/v3n2a04.pdf>
- Stroud, C. B., Durbin, C. E., Saigal, S. D., Knobloch-Fedders, L. M., (2010). Normal and abnormal personality traits are associated with marital satisfaction for both men and women: An actor-partner interdependence model analysis. *Journal of Research in Personality*, 44(4), 466-477.
- Whisman, M. A., & Uebelacker L. A. (2007). Maladaptive schemas and core beliefs in treatment and research with couples. In L. P. Riso, P. L. du Toit, D. J. Stein, & J. E. Young (Eds), *Cognitive schemas*

and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide (Cap. 9, pp. 199-220). Washington: American Psychological Association.

Wright, M. O., Crawford, E., & Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 59-68.

Yoosefi, N., Etemadi, O., Bahramil, F., Fatehizade, M. A., & Ahmadi, S. A. (2010). An investigation on early maladaptive schema in marital relationship as predictors of divorce. *Journal of Divorce e Remarriage*, 51(5), 269-292.

Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota: Professional Resources Press.

Young, J. E., & Behary, W. T. (1998). Schema-focused therapy for personality disorders. In N. Tarrier, A. Wells, & G. Haddock (Eds.), *Treating complex cases: The cognitive behavioural approach* (pp. 340-376). New York: J. Wiley.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy. A practioner's guide*. New York: Guilford Press.



capítulo 12

A TERAPIA DO ESQUEMA EM GRUPO

Renata Erdos

Nos últimos 10 anos, uma abordagem psicodinâmica tem sido desenvolvida para terapia do esquema (TE) em grupo visando atender pacientes com transtornos da personalidade (Aalders & van Dick, 2012). Esses indivíduos, segundo descrições de Young (2003), experimentam seus problemas na interação com outras pessoas, por isso o trabalho em grupo é significativo e altamente recomendado. A TE em grupo é descrita, por esse mesmo autor, como a “terceira fase de desenvolvimento da TE”. O aperfeiçoamento dessa modalidade segue em evolução e já apresenta excelentes perspectivas (Farrell, 2012).

As técnicas da TE foram adaptadas para o uso em grupo e representam um importante avanço teórico e prático. O tratamento em grupo é considerado uma alternativa econômica, pois pode, no mesmo período de tempo da terapia individual, beneficiar um maior número de indivíduos: “[...] mais pacientes podem ser tratados em determinado período por terapeutas profissionais treinados do que individualmente” (Hollon & Shaw, 1979, p. 328). Em termos de tempo do terapeuta, estudos mostram que o grupo oferece eficiência até 50% superior em comparação ao tratamento individual, pois acolhe uma quantidade maior de pacientes em um período de tempo similar (Morrison, 2001).

Segundo Farrell, Reiss e Shaw (2014), fatores que não estão presentes na terapia individual contribuem para a efetividade do grupo, como, por exemplo, suporte e validação pelos demais participantes, a possibilidade de experimentar de forma segura expressões emocionais e novos comportamentos, vínculos que possam ressignificar representações de vínculos inseguros, confrontação empática entre os membros do grupo, expansão da reparentalização limitada de um participante para a “família” toda, altruísmo, coesão grupal, diversas fontes de informação, modelagem,

aprendizagem vicária, aprendizado interpessoal, dessensibilização e oportunidade de praticar habilidades sociais. Tais condições beneficiam o uso das técnicas da TE e favorecem o alcance da meta terapêutica.

Esses ingredientes resultam efetivamente nos processos de mudança nos membros do grupo. Essa perspectiva mais abrangente nas abordagens da psicoterapia grupal foi trazida por Yalom (1995), que descreve nove fatores terapêuticos relevantes oferecidos pelos grupos:

1. Instalação de esperança: ingrediente necessário em toda psicoterapia. Nos grupos, é possível estimular esse fator a partir das narrativas de “superação” feitas pelos membros.
2. Universalidade: descoberta de que outros sofrem com dificuldades semelhantes com frequência.
3. Compartilhamento das informações: psicoeducação compartilhada acerca da natureza do diagnóstico ou do problema em particular. O conselho direto de outro paciente oferece informações novas e úteis. O autor enfatiza que o processo de dar conselhos, mais do que o conteúdo, proporciona o aprendizado mais crucial.
4. Altruísmo: oportunidade de os membros do grupo oferecerem ajuda aos demais. Segundo Yalom, se um deles se beneficia do conselho dado por um colega, ambos se beneficiam. Dessa forma, os participantes aprendem que podem fazer contribuições valiosas e que têm muito a oferecer (Bieling, McCabe, & Antony, 2008).
5. Capitulação corretiva do grupo familiar primário e do aprendizado interpessoal: com base no trabalho de teóricos do vínculo, como John Bowlby, considera-se que o grupo proporciona uma experiência social, pois permite aos membros a interação e o surgimento de seus padrões interpessoais de relacionamento, tornando evidentes seus estilos de interação, particularmente os problemáticos.
6. Desenvolvimento de técnicas de socialização: o grupo pode oportunizar técnicas de socialização que envolvem o desenvolvimento de habilidades sociais mais básicas. A interação entre os participantes facilita a identificação e o treinamento de habilidades deficitárias.
7. Comportamento imitativo: na terapia em grupo, um membro pode aprender por meio da observação do comportamento de outros participantes e até mesmo do terapeuta. Esse fator encontra

embasamento nos trabalhos de teóricos do aprendizado social, como Albert Bandura, que identificou o processo de aprendizagem vicária ou observacional.

8. Coesão grupal: é uma condição tão importante no processo de grupo quanto a aliança terapêutica na terapia individual (Bieling et al., 2008). Segundo os referidos autores, o termo “coesão”, que inclui aceitação, apoio e confiança, é definido como a “atração que os membros têm pelo grupo e pelos outros membros”.
9. Catarse: qualquer verbalização feita pelos participantes para o grupo pode incluir a perspectiva de se livrar de algo negativo. Contudo, apenas compartilhar algo que não tenha sido feito anteriormente não é o suficiente para que se obtenha um resultado positivo: a reação do grupo ao evento catártico é crucial. É isso, segundo Yalom, que oferecerá condições adequadas para que haja mudanças.

A principal diferença entre TE em grupo (TEG) e outros modelos de terapia grupal é que a TEG integra e combina componentes ativos de processos coletivos, tais como das terapias psicodinâmica, gestalt e interpessoal, associados a técnicas cognitivas e comportamentais (van Vreeswijk, Spinhoven, Eurelings-Bontekoe, & Broersen, 2012). Esse processo grupal é definido por Yalom (1995) como as interações “aqui e agora” entre os membros, o terapeuta e o grupo em si. O profissional, portanto, tem dupla função: facilitar a experiência vivenciada no aqui e agora e auxiliar a reflexão sobre ela.

O TERAPEUTA NA TERAPIA DO ESQUEMA EM GRUPO

Conforme citam Farrell e Shaw (2012), é imperativo ao terapeuta de grupo servir como um modelo consistente, oferecer suporte a cada participante e ter energia para reparentalizar o grupo todo. O profissional, na TEG, deve ser empático, acolhedor e genuíno. Para Farrell e colaboradores (2014), o terapeuta deve procurar ser ele mesmo e acreditar na sua intuição.

Como o grupo representa uma “grande família”, o profissional deve se perguntar o que um bom pai faria e agir de acordo: ajudar os pacientes a identificar e a suprir suas necessidades primárias não atendidas. Um bom pai

não julga nem diferencia seus filhos, e assim deve ser a relação do terapeuta com os participantes do grupo.

Comumente, os pacientes se referem ao grupo como a “família saudável”. Procura-se promover a coesão do grupo reforçando esta ideia: trata-se de uma “família substituta saudável”. Esta oferece aos pacientes um “lar seguro”, para que possam preencher as lacunas da aprendizagem emocional sobre si mesmos e os outros, o que normalmente acontece em um ambiente saudável (Farrell & Shaw, 2012).

Os “pais” de uma família grande devem considerar todos os seus “filhos”, e para isso é fundamental que todos no grupo se sintam seguros e aceitos. A aceitação e o senso de pertença que a experiência da “família saudável” promove é especialmente importante para ressignificar o modo criança vulnerável. A experiência de pertencer a um grupo é diferente da conexão que se estabelece na terapia individual. Tanto uma vivência quanto a outra são importantes, mas só o trabalho em grupo promove ambas (Farrell & Shaw, 2012). Muitos pacientes têm sua primeira experiência em uma família validante e saudável durante as sessões de terapia de grupo.

Para que o indivíduo possa ressignificar tanto seu modo criança vulnerável quanto outros, algumas manifestações de raiva e emoções negativas podem surgir. Porém, os limites dessas manifestações devem ser previamente estabelecidos e respeitados, de forma que nenhum membro do grupo se sinta atacado e/ou magoado. O terapeuta deve confrontar de forma empática caso a situação ultrapasse esses limites. É importante solicitar um *feedback* ao grupo, e o terapeuta pode falar como ele próprio se sentiu (autorrevelação). A autorrevelação é uma estratégia importante para que os pacientes percebam o profissional como um ser humano também vulnerável em alguns momentos. Essa técnica facilita a expressão (modelagem) e valida a parte vulnerável do paciente (Farrell & Shaw, 2012).

O terapeuta deve manter contato visual com todos os membros do grupo. Inclusive, quando um paciente estiver falando, deve observar como os demais se comportam e questionar algumas reações verbais e não verbais percebidas. Estudos citados por Farrell e Shaw (2012) mostram que a atenção do profissional tende a ir aonde está a “ação”, o que acontece na terapia individual e para o que os terapeutas são treinados. Na terapia coletiva, é crucial que ele se mantenha focado e atento ao grupo. Para isso, é importante que possa trabalhar com um coterapeuta na condução dos grupos. Dessa

forma, deve-se evitar que os dois profissionais estejam focados em um mesmo paciente por *qualquer* período de tempo. Quando um estiver prestando atenção em um único indivíduo, é importante que o outro esteja atento ao resto do grupo.

O COTERAPEUTA

Enquanto o terapeuta principal assume maior responsabilidade na condução da discussão do grupo e na tomada de decisões centrais em relação ao andamento da agenda e a questões de planejamento, o coterapeuta tem menor responsabilidade direta. Ele pode abordar parte dos procedimentos, mas, o que é mais importante, irá oferecer um “segundo par de olhos e ouvidos clínicos” (Bieling et al., 2008). Para tanto, as linhas de responsabilidade precisam estar claras e bem definidas.

Nos momentos em que o terapeuta estiver atento a um único membro do grupo, o coterapeuta deve prestar atenção na reação e nos modos de todos os participantes e aproveitar a oportunidade para questionar e envolvê-los na discussão. Por exemplo, se um paciente estiver falando de como se sente sozinho e abandonado, o coterapeuta, ao observar a reação do grupo, pode perguntar se mais alguém se sente assim e de que maneira costuma lidar com essa emoção.

O segundo profissional precisa dar suporte para as ações do terapeuta sem interrompê-las ou mudar o rumo das abordagens, salvo em situações nas quais é evidente que o terapeuta está perdido e a intervenção não esteja indo na direção esperada, ou quando houver uma sinalização por ajuda. Torna-se imprescindível a combinação de sinais não verbais para que os terapeutas possam se comunicar durante o andamento dos encontros. Isso é particularmente importante para quando algum esquema do profissional for ativado e ele precisar de apoio para seguir com o trabalho.

É indispensável, segundo Bieling e colaboradores (2008) e Farrell e Shaw (2012), que os profissionais envolvidos no grupo trabalhem unidos: percebam-se e ajam como equipe! A afinidade e o estilo dos terapeutas influenciam para que essa parceria seja positiva. Visando esse objetivo, os dois se encontram brevemente antes das sessões para decidir quem ficará a cargo de qual material e prever qualquer dificuldade que possa surgir com o trabalho proposto. Após o encontro, é igualmente importante que façam uma

breve avaliação de como foi o andamento do grupo. Essa avaliação pode servir como forma de supervisão entre colegas quanto à aplicação das técnicas e às intervenções que foram realizadas, além de possibilitar a verificação de oportunidades que foram desperdiçadas.

O GRUPO

O tamanho ideal do grupo é de oito participantes, um terapeuta e um coterapeuta. Alguns autores, como Farrell e Shaw (2012), afirmam que se pode chegar a 10 pacientes, porém sugerem o limite de seis pacientes quando apenas um terapeuta estiver atuando.

Os grupos podem ser abertos ou fechados (os membros são pré-selecionados e estão todos presentes em cada sessão), dependendo de qual for o objetivo terapêutico. Não há, ainda, estudos comparativos entre um formato e outro — é certo que existem prós e contras para cada proposta, mas as diferenças efetivas entre elas são meramente especulativas até o momento (Farrell & Shaw, 2012).

A estrutura dos encontros segue o mesmo formato da terapia cognitivo-comportamental individual e em grupo. No início da sessão, o terapeuta define a agenda junto aos pacientes, faz uma rápida checagem de humor dos participantes e revisa a tarefa de casa combinada no último encontro. Ao final, ele faz um fechamento (conclusão) do que foi trabalhado no dia, solicita um *feedback* aos pacientes e planeja a tarefa de casa para a semana.

Pode ser um tanto quanto desafiador para o terapeuta de grupo equilibrar a agenda e o tempo de forma que todos os membros participem o mais igualmente possível. É importante, e necessário, que a dupla de profissionais limite a participação dos pacientes mais prolixos, cuidando, porém, para não desencorajar e limitar futuras participações. Farrell e colaboradores (2014) sugerem que esse limite seja introduzido no início das discussões, das seguintes formas: “Teremos tempo para um exemplo de cada um de vocês”, “Estou muito interessado no que você tem a dizer, mas teremos de esperar um pouco até que todos tenham a oportunidade de falar”.

Neste último exemplo, é importante que o terapeuta retorne a esse paciente mesmo que seja para dizer “eu sei que não conseguimos tempo para voltar ao seu exemplo, peço desculpas por isso ter acontecido. Voltaremos a essa questão na próxima semana se o assunto for apropriado, ok?”. Mesmo

que o profissional seja o mais cuidadoso possível, o paciente poderá se sentir invalidado, e essa situação talvez ative alguma emoção negativa. Nesse momento, se adequado ao contexto da sessão, é importante olhar esse exemplo como ativador de um modo esquemático e avaliar a qual modo está relacionado e quais lembranças da infância estão associadas a essa emoção/reação.

O PACIENTE

A TE pode ser aplicada a uma vasta população de pacientes, inclusive os mais desafiadores (Farrell et al., 2014). Porém, é indicado realizar triagens individuais com os participantes para averiguar o perfil do sujeito e avaliar se ele é ou não indicado para essa modalidade de tratamento. Segundo os referidos autores, alguns critérios devem ser considerados para a participação no tratamento em grupo:

- pacientes com transtornos — ou traços — da personalidade;
- indivíduos com traumas complexos ou sintomas crônicos que não responderam a outros tratamentos;
- sujeitos motivados a aderir ao formato grupal — considerando o tempo de duração do tratamento;
- disposição para executar tarefas de casa.

Da mesma forma, há critérios que justificam a contraindicação do indivíduo para esse tipo de tratamento (Broersen & van Vreeswijk, 2012):

- ideação suicida;
- sintomas psicóticos;
- comportamentos de automutilação;
- agressividade;
- uso/abuso de drogas.

O GRUPO

No início do tratamento, os pacientes precisam aprender sobre os conceitos da TE: o que são esquemas e modos esquemáticos, quais suas consequências no seu funcionamento psíquico e nos problemas do dia a dia (ver Capítulo 4). Para tanto, as primeiras sessões são destinadas à psicoeducação. Não se

avança no processo terapêutico se o grupo não tiver compreendido de forma satisfatória os conceitos teóricos e a estrutura do tratamento. Para Farrell e Shaw (2012), familiarizar o grupo com a teoria e o programa terapêutico permite que o paciente se sinta seguro e não sobrecarregado com o modelo.

Os autores indicam trabalhar a psicoeducação da forma descrita a seguir:

Sessão 1: pacientes aprendem o que são esquemas, modos e como se estabelecem. Precisam entender que esquemas disfuncionais se desenvolvem quando as necessidades básicas primárias não são atendidas. Uma lista com os 18 esquemas pode ser distribuída para o grupo.

Sessões 2 e 3: o objetivo é identificar e entender os componentes cognitivos, emocionais, fisiológicos e comportamentais dos esquemas de cada paciente.

Sessão 4: busca identificar os modos saudáveis do indivíduo. É importante reforçar que todos têm um modo adulto saudável. Caso seja difícil identificá-lo em algum participante, pode-se trazer como exemplo o fato de estar no grupo procurando ajuda. Essa é a parte saudável do paciente!

Sessão 5: é usada para descrever as principais intervenções em TE. A maior parte dos pacientes tende a ter algum conhecimento sobre técnicas cognitivas e comportamentais, mas não sobre as intervenções usadas em TEG (Farrell et al., 2014). O trabalho com imagens é explicado e discutido. Caso alguns membros apresentem resistência para aceitar essa proposta, deve-se sugerir um exercício que demonstre sua capacidade de trabalhar com imagem de forma segura e confortável.

Farrell e colaboradores (2014) sugerem um exercício para trabalhar com o grupo para que os participantes possam acreditar nas suas capacidades e habilidades imagísticas. Inicia-se com uma história vívida que procura apelar para a criança que existe dentro de cada um – uma visita a uma loja de sorvetes, na qual cada um tem a oportunidade de escolher o que quer e o quanto quer.

Gostaria de contar uma história e que vocês apenas fechassem seus olhos, ou olhassem para baixo, e prestassem atenção em quaisquer sentimentos que surjam enquanto escutam. Hoje eu ganhei um cupom da minha sorveteria favorita que me permite levar 10 pessoas comigo para comer qualquer sorvete que queiram (sabor, quantidade, acompanhamentos...). Então, estou convidando todos vocês. Chegando à loja, o proprietário nos recebe com grande entusiasmo e me pede para começar a escolher o que eu quero. prontamente eu escolho minha casquinha recheada com chocolate. Coloco uma bola de sorvete de baunilha com pedaços crocantes de

doce de leite. Vejo algumas frutas e coloco uns morangos misturados com calda de caramelo por cima. Finalizo com um biscoito de *waffle* cravado no sorvete. Está enorme, e eu pego outra casquinha para poder distribuir o conteúdo. Agora é a sua vez, escolham o que quiser e na quantidade que desejar [o terapeuta espera alguns minutos]. Todos tiveram tempo de escolher o sorvete que queriam? Abram seus olhos e voltem para o grupo. [Olha para o paciente mais próximo e lhe pergunta] O que você escolheu? [após uma rápida checagem com todos os participantes do grupo, o profissional afirma] Vocês trabalharam com a imaginação! Todos vocês conseguem! Isso é muito bom, parabéns! (adaptado de Farrell et al., 2014)

Como afirmam os autores, é difícil algum paciente não querer explicar o que escolheu. Caso isso aconteça, é importante não insistir, e sim sugerir que ele “guarde o sorvete” e exponha o pedido quando estiver disposto a isso.

A dica aqui é narrar a história de forma dramática e entusiástica. Os pacientes tendem a se envolver na narrativa dessa forma. Como terapeuta de grupo, é importante estar aberto e dividir genuinamente o seu modo criança feliz, pois essa emoção afeta e contagia os pacientes (Farrell et al., 2014).

ESTÁGIOS DO TRATAMENTO EM GRUPO

Young, Klosko e Weishaar (2003) descrevem três estágios da TE:

1. vínculo e regulação emocional (mais bem explicados no Capítulo 3);
2. trabalho com modos esquemáticos (mais bem explicado no Capítulo 8);
3. autonomia – modo adulto saudável (mais bem explicado no Capítulo 5).

No tratamento em grupo, quatro estágios ocorrem naturalmente durante o curso dos encontros:

1. vínculo e coesão;
2. conflito;
3. normalização;
4. processo grupal.

Os estágios não são lineares: o grupo pode voltar, por exemplo, ao estágio de vínculo e coesão em alguns momentos, principalmente em resposta a algum conflito ou crise que venha a surgir entre os pacientes, ou, ainda, em resposta a uma dificuldade surgida na vida. O terapeuta precisa ser sensível para identificar o estágio em que o grupo se encontra e respeitar tanto a evolução quanto o andamento do processo, bem como permitir-lhe autonomia suficiente para que os membros trabalhem entre si.

TÉCNICAS COGNITIVAS

Além das sessões de psicoeducação, outras técnicas cognitivas são indicadas no tratamento em grupo. Intervenções cognitivas estimulam o raciocínio e engajam o paciente a pensar e identificar seus esquemas, bem como questionar seus modos de enfrentamento mal-adaptativos. É indicado começar com técnicas cognitivas, pois estas são mais bem toleradas pelos pacientes, para, em seguida, aplicar técnicas vivenciais (Farrell & Shaw, 2012). O Quadro 12.1 apresenta as principais técnicas cognitivas à disposição do terapeuta.

QUADRO 12.1 Principais técnicas cognitivas

Psicoeducação
Exercícios de vantagens e desvantagens
Reestruturação cognitiva
Cartões de enfrentamento (*flashcards*)
Distorções cognitivas

Fonte: Adaptado de Farrell e Shaw (2012).

TÉCNICAS VIVENCIAIS

Essas intervenções ativam níveis emocionais capazes de promover mudanças no significado da experiência emocional (ressignificação). Young e colaboradores (2003) descrevem esse componente da TE como “enfrentando esquemas em nível emocional”. Essas são as intervenções que podem mudar o sentido dos esquemas e dos modos de enfrentamento. É comum ouvir dos pacientes: “Do ponto de vista racional, sei que não sou incapaz, mas eu me sinto assim”. Os encontros coletivos são apropriados para essas vivências, pois potencializam o efeito emocional das experiências. Como o grupo representa uma família, a revivência evoca as associações e memórias da família de origem, capazes de reparar as experiências disfuncionais do passado. As principais técnicas vivenciais são listadas no Quadro 12.2.

QUADRO 12.2 Principais técnicas vivenciais

Trabalho com imagens mentais – lugar seguro (mais bem explicado no Capítulo 7)
Role-plays
Representações de situações em grupo (dramatizações)

Fonte: Adaptado de Farrell e Shaw (2012).

TÉCNICAS COMPORTAMENTAIS

Mudanças comportamentais começam nas sessões de psicoterapia e se expandem para o dia a dia do paciente, para fora do ambiente terapêutico. Em grupo, tem-se a vantagem de o próprio ambiente proporcionar um microcosmo do mundo real. O grupo pode ser o lugar seguro para o indivíduo treinar estratégias mais saudáveis de enfrentamento e receber *feedback* construtivo. Além disso, trata-se, por si só, de uma importante fonte de trocas e experiências interpessoais, que servem de modelagem e oportunidades de aprendizagem vicária.

Durante esse processo de mudanças, é importante o paciente seguir colhendo evidências da sua melhora e dos resultados obtidos com as novas estratégias de enfrentamento. É fundamental praticá-las e ajustá-las para maximizar a probabilidade de alcançar as necessidades que precisam ser atendidas. O Quadro 12.3 lista as principais técnicas comportamentais disponíveis.

QUADRO 12.3 Principais técnicas comportamentais

Checagem de evidências
Prática de *role-plays*
Planejamento de modos de enfrentamento

Fonte: Adaptado de Farrell e Shaw (2012).

ARMADILHAS E DICAS

Como a TEG é também, de alguma forma, protocolar, o terapeuta tem de estar atento para não ser muito rígido com o protocolo, o que poderia deixá-lo “engessado”. Ele corre o risco de não prestar atenção e deixar de perceber tanto o processo grupal quanto o processo emocional dos pacientes. É justamente essa flexibilidade que diferencia a TEG de outras abordagens e a torna altamente efetiva (Farrell, Shaw, & Webber, 2009).

A TEG, da mesma forma que a TE, é um trabalho estratégico, por isso o profissional não deve trabalhar com qualquer questão que apareça na sessão. Cada encontro tem uma meta terapêutica. Em contrapartida, se algum modo do paciente for ativado e o terapeuta não o considerar porque foge da programação do encontro, estará invalidando a emoção do indivíduo e poderá encontrar alguma forma de resistência do grupo. Essa flexibilidade, para saber o que se deve ou não trabalhar, vai depender da habilidade e experiência do profissional.

Sessões muito estruturadas, como na terapia comportamental, extinguem justamente a dinâmica necessária para que os pacientes com transtornos da personalidade vivenciem seus problemas. Já com pouca estrutura, esses pacientes podem ser dominados por suas características rígidas e severas (Aalders & van Dick, 2012). A TEG possibilita a combinação de estrutura e psicoeducação a partir de técnicas vivenciais e das relações interpessoais estabelecidas no grupo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda que a maior parte dos estudos em TEG enfoque indivíduos com transtorno da personalidade *borderline*, novas pesquisas demonstram que o tratamento também é efetivo para pacientes com outros transtornos da personalidade. Muitos dos estudos ainda estão em estágio-piloto, mas é possível especular empiricamente a eficácia do modelo com base nos trabalhos com modos esquemáticos (Farrell & Shaw, 2012).

É necessária, ainda, uma avaliação adicional no que diz respeito a frequência ideal das sessões; indicação de tratamento combinado de terapia individual e em grupo; custo-benefício; eficácia do tratamento; e treinamento adequado do terapeuta em TEG. Os profissionais que assumem a responsabilidade de conduzir um tratamento em grupo devem, primeiramente, ter experiência em atendimentos individuais e coletivos em TCC e individuais em TE.

A TE foi desenvolvida para trabalhar com todos os transtornos da personalidade. Nesse manejo, a reparentalização limitada (explicada no Capítulo 5) é indicada, em todos os casos, para lidar com as necessidades básicas não atendidas. No trabalho em grupo, essa é a principal intervenção utilizada, de forma que se torna adaptável para qualquer paciente ou transtorno.

REFERÊNCIAS

- Aalders, H., & van Dijk, J. (2012). Schema therapy in a psychodynamic group. In M. F. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Willey-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice* (pp. 383-390). Malden: Wiley-Blackwell.
- Bieling, P. J., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2008). *Terapia cognitivo-comportamental em grupos*. Porto Alegre: Artmed.
- Broersen, J., & van Vreeswijk, M. F. (2012). Schema therapy in groups: a short-term schema CBT protocol. In M. F. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Willey-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice*. (pp. 373-382). Malden: Wiley-Blackwell.
- Farrell, J. M. (2012). Introduction to group schema therapy. In M. F. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Willey-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice* (pp. 337-340). Malden: Wiley-Blackwell.
- Farrell, J. M., & Shaw, I. A. (2012). *Group schema therapy for borderline personality disorder: A step-by-step treatment manual with patient workbook*. Malden: Wiley-Blackwell.
- Farrell, J. M., Reiss, N., & Shaw, I. A. (2014). *The schema therapy clinician's guide: A complete resource for building and delivering individual, group and integrated schema mode treatment programs*. Malden: Wiley-Blackwell.

- Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 317-328.
- Hollon, S. D., & Shaw, B. F. (1979). Group cognitive therapy for depressed patients. In A. Beck, A. J. Rush, B. F. Shaw, & G. Emery (Eds.), *Cognitive therapy of depression* (pp. 328-353). New York: Guilford Press.
- McKay, M., Lev, A., Skeen, M., & Saavedra, K. (2012). Group protocol. In M. McKay, A. Lev, & M. Skeen, *Acceptance and commitment therapy for interpersonal problems: Using mindfulness, acceptance, and schema awareness to change interpersonal behaviors* (pp.131-189). Oakland: New Harbinger Publications.
- Morrison, N. (2001). Group cognitive therapy: Treatment of choice or sub-optimal option? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 29(3), 311-332.
- Muste, E. (2012). Implementation of schema therapy in an inpatient and day treatment group setting. In M. F. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Willey-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice* (pp. 359-372). Malden: Wiley-Blackwell.
- van Vreeswijk, M. F., Spinhoven, P., Eurelings-Bontekoe, E. H. M, & Broersen, J. (2014). Changes in symptom severity, schemas and modes in heterogeneous psychiatric patient groups following short-term schema cognitive-behavioural group therapy: A naturalistic pretreatment and post-treatment design in an outpatient clinic. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(1), 29-38.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Young, J. E. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos da personalidade: Uma abordagem focada em esquemas*. (3. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy. A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

Conheça também:

Beck – Terapia Cognitivo-comportamental: Teoria e Prática, 2.ed.

Clark & Beck – Vencendo a Ansiedade e a Preocupação com a Terapia Cognitivo-comportamental

Dattilio – Manual de Terapia Cognitivo-comportamental para Casais e Famílias

Dobson & Dobson – A Terapia Cognitivo-comportamental Baseada em Evidências

Friedberg & McClure – A Prática Clínica de Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescentes

Friedberg, McClure & Garcia – Técnicas de Terapia Cognitiva para Crianças e Adolescentes: Ferramentas para Aprimorar a Prática

Germer, Siegle & Fulton – Mindfulness e Psicoterapia, 2.ed.

Hofmann – Introdução à Terapia Cognitivo-comportamental Contemporânea

Hope, Heimberg & Turk – Vencendo a Ansiedade Social com a Terapia Cognitivo-comportamental, 2.ed.

Knapp & Cols. – Terapia Cognitivo-comportamental na Prática Psiquiátrica

Neufeld (org.) – Terapia Cognitivo-comportamental em Grupo para Crianças e Adolescentes

Petersen, Wainer & Cols. – Terapias Cognitivo-comportamentais para Crianças e Adolescentes

Roemer & Orsillo – A Prática da Terapia Cognitivo-comportamental Baseada em Mindfulness e Aceitação

Sudak – Combinando Terapia Cognitivo-comportamental e Medicamentos: Uma Abordagem Baseada em Evidências

Wenzel, Brown & Beck – Terapia Cognitivo-comportamental para Pacientes Suicidas

Wright, Basco & Thase – Aprendendo a Terapia Cognitivo-comportamental – Um Guia Ilustrado

Wright, Sudak, Turkington & Thase – Terapia Cognitivo-comportamental de Alto Rendimento para Sessões Breves – Guia Ilustrado

Wright, Turkington, Kingdon & Basco – Terapia Cognitivo-comportamental para Doenças Mentais Graves

Young – Terapia Cognitiva para Transtornos da Personalidade – Uma Abordagem Focada no Esquema, 3.ed.

Young, Klosko & Weishaar – Terapia do Esquema – Guia de Técnicas Cognitivo-comportamentais Inovadoras



O **Grupo A** reúne as melhores soluções em Educação para estudantes, profissionais, professores, instituições de ensino e empresas. Além dos selos **Artmed**, **Bookman**, **Penso**, **Artes Médicas** e **McGraw-Hill**, representamos com exclusividade a **Blackboard** no Brasil, líder mundial no setor de soluções tecnológicas para a Educação.

Também fazem parte do Grupo A iniciativas como a **Revista Pátio**, os portais médicos **MedicinaNET** e **HarrisonBrasil**, os programas de educação continuada do **Secad** e a empresa de produção de conteúdos digitais para o ensino **GSI Online**.

0800 703 3444

sac@grupoa.com.br

Av. Jerônimo de Ornelas, 670

Santana

CEP: 90040-340 • Porto Alegre / RS

